

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

460

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Odette, Lucie LYON, née TANZY

Née le 18 Juillet 1908, à ORAN (Oran)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

MÉDICO-SOCIALE

DES

TUBERCULOSES ASSOCIÉES

Président : M. MATHIEU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Odette, Lucie LYON, née TANZY

Née le 18 Juillet 1908, à ORAN (Oran)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

MÉDICO-SOCIALE

DES

TUBERCULOSES ASSOCIÉES

Président : M. MATHIEU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Leon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	ROBERT DEBRE.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	CHEVASSU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEROUX.	CHAMPY.
Pathologie médicale et générale	TIFFENEAU	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL-	LAVASTINE
Anatomie pathologique	FIESSINGER.	CHIRAY.
Histologie	LOEPER.	CARNOT.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE	CLERC.
Thérapeutique	LEREBoullet	NOBECOURT.
Hygiène et médecine préventive	H. CLAUDE.	GOUGEROT.
Médecine légale	GUILLAIN.	LEMIERRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CUNEO.	GOSSET.
Pathologie expérimentale et comparée	GREGOIRE.	LENORMANT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	TERRIEN.	MARION.
Clinique médicale	LEVY-SOLAL.	COUVELAIRE.
Hygiène et clinique de la première enfance	JEANNIN.	MOCQUOT.
Clinique des maladies des enfants	OMBREDANNE	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMATRE.	Pierre DUVAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VILLARET.	BEZANCON.
Clinique des maladies du système nerveux	MATHIEU.	LAUBRY.
Clinique des maladies infectieuses	CROUZON.	HOVELACQUE
Clinique chirurgicale	MULON.	OLIVIER.
Clinique ophtalmologique	VERNE.	
Clinique urologique		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique cardiologie		
Assistance médico-sociale		
Professeurs sans chaire		

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BERNARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ..
BESANCON (J.)	Hydrologie.	CIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK-		LANTUEJOUL ..
BRENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHT	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VEETER	
ECALLE. . .	} Clinique obstétricale
METZGER .	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553021_0058

A MES PARENTS

A MON MARI

A MES ENFANTS

A MON ONCLE
LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

En témoignage de mon affection.

AUX MIENS, A MES AMIS

A Monsieur le Professeur MATHIEU
Professeur de Clinique chirurgicale orthopédique
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse, avec l'expression
de notre reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Maritime de Berck
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de ce travail et nous aider de ses pré-
cieux conseils.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

STAGES :

Monsieur le Professeur LEJARS (*in memoriam*),

Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur COMTE.

Monsieur le Professeur OMBREDANNE.

EXTERNAT :

Monsieur le Docteur SAUVE.

Monsieur le Professeur MATHIEU.

Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL.

Monsieur le Docteur WEILL-HALLE.

A Messieurs les Docteurs PIERRE-BOURGEOIS,
ETIENNE-BERNARD

Médecins des Hôpitaux

A Monsieur CHATEAU

Directeur de la Fédération Mutualiste de la Seine

*Qui a bien voulu s'intéresser à notre
travail.*

INTRODUCTION

Nous nous sommes placé dans ce travail devant le problème qui angoisse parfois le médecin, le spécialiste et le malade : un sujet est atteint de tuberculose pulmonaire, primitive ou secondaire, qui évolue en même temps qu'un foyer de tuberculose externe. Le climat qui conviendrait à l'une serait néfaste pour l'autre, ou tout au moins inefficace. Que faut-il faire ? Où envoyer le malade ? à qui l'adresser ? Il faut parer au plus pressé. Mais qu'est-ce qui est le plus pressé ? Et comment faire pour ne pas aggraver la lésion la moins importante ? Faut-il considérer ce malade comme définitivement irrécupérable et se borner alors à un traitement symptomatique et moral, ou faut-il au contraire envisager ses chances de guérison et tout mettre en œuvre pour les favoriser ?

Il est frappant de voir combien peu a été fait jusqu'ici, en France, pour ces tuberculeux mixtes. Il semble que la lutte contre la phtisie pulmonaire ait absorbé tout l'effort de l'armement anti-tuberculeux. Déjà les « osseux » purs font figure de parents pauvres. Quand pulmonaires ou osseux tombent au rang de mixtes, alors on ne trouve vraiment rien. Du moins

pas grand'chose : quelques efforts, méritoires, sans doute, mais localisés, disparates, qui se concrétisent en trois ou quatre établissements peu connus des médecins, pas toujours connus des spécialistes de la tuberculose. Et des règlements administratifs y limitent le nombre des admissions. Nous sommes loin du vaste réseau organisé, dans lequel nous voudrions que chaque malade pût trouver sa place.

Peut-être y a-t-il à l'origine de ces lacunes, une erreur de méthode ou de doctrine. Nous avons le tort de trop nous spécialiser, de dissocier artificiellement deux sortes de tuberculose : la pulmonaire et l'externe. Du moins la liaison entre les deux spécialités est-elle insuffisante. Phtisiologues et orthopédistes sont amenés à se désintéresser d'un malade qui ne rentre pas dans le cadre exact de leurs travaux. Devant un pulmonaire, le phtisiologue pense : altitude, quitte à préciser laquelle. Devant un osseux, le chirurgien dit : climat marin. Mais aucun réflexe bien établi ne vient au secours des mixtes. On procède par élimination, au petit bonheur, devant l'effacement de toutes indications précises. Les malades sont alors renvoyés le plus souvent à l'organisme qui a effectué leur premier placement : ils sont voués à la salle des chroniques à Paris, quand ce n'est pas à leur taudis initial.

Or, il existe en France des climats assez variés et suffisamment gradués pour répondre à tous les besoins d'un malade qui reste avant tout un tuberculeux. Sans doute des établissements comme les Escaldes

ou Laressore bénéficient-ils d'un climat favorable. Mais nous ne nous serions pas attachés à ce problème s'ils ne nous avaient pas paru insuffisants en nombre. Car voici, parmi bien d'autres, un fait précis :

Sur 75 adultes renvoyés de Berck pour contre-indication climatique, 24 étaient porteurs, *dès leur arrivée*, de lésions pulmonaires suspectes ou avérées.

Est-ce vraiment la mauvaise qualité du triage qu'il faut incriminer, ou plutôt le manque d'appui d'un effort qui se veut utile, mais se voit contraint d'accepter un pis-aller ? Sans doute n'éprouverait-on pas de telles désillusions si les centres de triage savaient qu'ils pouvaient disposer d'un établissement spécialisé et suffisamment outillé où ils pourraient envoyer leurs « douteux ».

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier cette intéressante question des tuberculoses mixtes au point de vue clinique. Nous verrons ensuite quelles indications thérapeutiques on peut déduire d'une évolution essentiellement multiforme, les erreurs à ne pas commettre, et nous arriverons à cette conclusion que la tuberculose mixte, comme toutes les autres, ne peut être combattue que par un effort social organisé et soutenu.

HISTORIQUE

Laënnec a vu le premier les relations entre la tuberculose pulmonaire et la scrofule : le premier acte dans l'histoire des tuberculoses associées se trouve être en même temps une étape importante dans l'histoire de la phthisie.

Depuis, les travaux se sont multipliés et reflètent dans leurs conclusions l'extrême complexité clinique de ces associations. A l'époque de Virchow, Lannelongue, Grancher, on considère que l'indépendance réciproque entre les deux ordres de lésions est rare, exception faite pour les adénites cervicales. Letulle et Halbron admettent que la coexistence est possible, quoique rare, avec généralement une précession osseuse.

En 1886, Marfan énonce sa fameuse loi sur l'immunité conférée contre la phthisie pulmonaire par une adénite déclarée et guérie avant l'adolescence, et constate la rareté de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire chez les sujets porteurs d'écrouelles. En 1927, il étend sa loi à toutes les tuberculoses chirurgicales, mais insiste toujours et encore récemment (1937) sur la nécessité de la guérison avant la fin de l'adolescence.

Comby, en 1937, répudie toute intervention sanglante chez un tuberculeux mixte.

Cependant Rist, depuis 1922, porte son attention sur les tuberculoses extra-pulmonaires, soit isolées, soit associées à des lésions pulmonaires. Il constate la rareté de l'association (1922) et se montre, en 1936 (Société Médicale des Hôpitaux, 4 décembre 1936) assez favorable aux interventions chirurgicales, généralement bien supportées par les tuberculeux depuis les progrès de l'anesthésie locale.

Il reste cependant difficile d'apprécier le retentissement des lésions les unes sur les autres, soit dans le sens de l'immunisation, soit dans le sens de l'aggravation. Dans une thèse de 1937, J. Frey conclut que chez un sujet ayant eu des antécédents extra-pulmonaires, la tuberculose pulmonaire, ou bien n'évolue pas, ou bien évolue discrètement, ou bien prend une évolution grave. Et si l'on excepte quelques rares communications intéressantes faites depuis, par Jacob en 1932 (guérison des lésions pulmonaires après néphrectomie pour rein tuberculeux), par Winterstein en 1933 (guérison des lésions pulmonaires après ablation d'une thyroïde tuberculeuse) c'est bien la même conclusion d'allure tautologique qui se dégage des travaux récents, aussi bien français qu'étrangers (Paltrinieri, de Bologne, 1935 ; Rinonapoli, 1936). Aussi ces derniers se bornent-ils généralement à des essais de classification dont les cadres demeurent imprécis : Etienne Bernard et Klotz, Etienne Bernard et Herrenschmidt, Pierre Bourgeois

et M. Lebel, Mme Appert-Collin, dans une thèse récente (1937), ont tenté de telles études statistiques. La plupart ont insisté sur la fréquence des tuberculoses associées, sur l'indépendance habituelle des lésions qui restent le plus souvent curables, et déploré l'insuffisance des organismes sociaux pouvant traiter les malades qui en sont atteints.

Sur ce dernier point en particulier, la littérature de ces dernières années ne nous a rien montré d'intéressant.

ETUDE CLINIQUE

Définitions

Sous le nom de tuberculose mixte ou associée, l'usage est de comprendre toute association entre une tuberculose externe ou chirurgicale et une tuberculose pulmonaire ou pleuro-pulmonaire.

Les tuberculoses externes dites chirurgicales comportent :

Les tuberculoses osseuses, ganglionnaires, génitales, péritonéales et certaines tuberculoses viscérales : rénale, iléo-cæcale, etc.

Elles forment un groupe en apparence disparate, en réalité fortement homogène par l'existence de quelques caractères communs :

Elles sont extra-pulmonaires.

Elles sont, au moins dans leurs formes pures, localisées et restent longtemps localisées.

Elles sont, au moins dans leurs formes pures, accessibles à un traitement externe, plus ou moins direct, orthopédique ou chirurgical.

Enfin toutes bénéficient pendant la plus grande durée de leur évolution de certaines conditions climatiques : soleil, air marin.

Ainsi compris, le groupe des tuberculoses chirurgicales est loin de se confondre avec celui des tuberculoses extra-pulmonaires ou même certaines tuberculoses localisées. Sans parler des méningites terminales, certaines tuberculoses localisées restent essentiellement médicales : par exemple la tuberculose intestinale à forme dysentérique, la plupart des laryngites, etc. Ces formes médicales apparaissent souvent comme complications d'une lésion pulmonaire en évolution et sont alors satellites non de la chirurgie, mais de la phtisiologie. Il est bien entendu que nous n'aurons pas à nous en occuper.

Les tuberculoses respiratoires comportent toutes les lésions parenchymateuses du poumon, les formes laryngées et certaines formes pleurales évolutives. Ces dernières années, beaucoup sont devenues accessibles à la chirurgie, qui a multiplié avec succès les interventions indirectes. Elles restent cependant essentiellement médicales et constituent le cadre de la phtisiologie.

Nous croyons pouvoir éliminer les formes pleurales cicatricielles, quand elles n'ont pas lésé le poumon sous-jacent. Quant aux formes cicatricielles parenchymateuses, elles laissent le sujet fragile au point de vue respiratoire et sans doute en faut-il tenir compte, même quand elles sont très anciennes.

En dehors de leurs caractères anatomiques et évolutifs, un fait relie toutes ces formes respiratoires, elles relèvent du climat d'altitude ou de plaine ; et exceptionnellement supportent le climat marin qui

risque de donner à la plupart d'entre elles un coup de fouet.

Les cas-types qui nous intéresseront seront ceux où l'association médico-chirurgicale apparaît au cours ou au décours soit d'une tuberculose proprement chirurgicale, soit d'une tuberculose pulmonaire curable, ou récemment stabilisée.

Fréquence des tuberculoses mixtes

Nous avons essayé de nous faire une idée de la fréquence des tuberculoses mixtes en nous adressant à différents établissements publics ou privés, spécialisés dans le traitement soit des tuberculoses externes, soit des lésions pulmonaires.

Il nous a été impossible d'apporter une statistique personnelle sur la tuberculose mixte de l'enfant : nous ne pouvons que signaler la rareté relative très grande de la complication pulmonaire secondaire apparaissant chez un osseux déjà soigné, comme le montrent les chiffres suivants relevés à l'Hôpital Maritime de Berck : 8 sortants sur 2.863.

Pour Etienne Bernard (La Salpêtrière), la coexistence des lésions pulmonaires et extrapulmonaires chez l'enfant serait plus fréquente : il relève 6 % des cas hospitalisés à la Salpêtrière (en faisant toutefois cette réserve que la proportion y est sans doute plus grande en raison de la rareté des établissements recevant de tels malades).

Personnellement, nous nous sommes surtout attaché aux adultes. Mais un premier fait se dégage de notre enquête : c'est l'extrême difficulté d'avoir, même d'une façon approchée, une statistique correcte. Le pourcentage global des associations est pratiquement impossible à établir, même si l'on s'adresse aux établissements spécialisés, car les statistiques sont faussées à la base : d'un établissement à l'autre, ce pourcentage varie en effet suivant les règlements d'admission (nature et évolutivité des lésions, âge, sexe, etc...) et il est justement fâcheux que même lorsqu'elle ne constitue pas une contre-indication médicale, l'existence de lésions mixtes soit souvent un obstacle administratif à l'admission des malades. En général, les statistiques ne tiennent compte que des complications nettement secondaires, survenues en cours de traitement chez des malades déjà hospitalisés. Elles laissent donc de côté le chiffre beaucoup plus considérable des tuberculeux mixtes en évolution. Le plus souvent, en effet, les malades sont renvoyés du jour où apparaît la complication et perdus de vue. Beaucoup d'établissements d'ailleurs nous ont répondu d'une façon fort imprécise, disant qu'ils voyaient peu de cas de tuberculose associée, traités sur place ou renvoyés.

Quoi qu'il en soit, certaines réponses montrent que la question des tuberculoses mixtes doit se poser.

A l'Hôpital Maritime de Berck, en l'espace de cinq ans, nous avons relevé, sur 1.800 entrants, 75 sortants

pour complications pulmonaires contre-indiquant le climat (1931-1936).

A Odeillo (osseux), sur 1.957 admissions de 1924 à janvier 1938, 47 cas de tuberculose pulmonaire évidente, dont 36 ont dû être évacués pour contre-indication climatique, plus 19 suspects.

A Labenne (osseux), de 1931 à 1935, 34 complications pulmonaires sur 828 osseux, sans compter 4 à 5 demandes annuelles refusées pour association pulmonaire.

A Ris-Orangis (pulmonaires), 5 complications externes sur 204 malades sortis en 1936, et 3 sur 112 sortis en 1937.

A Hauteville, 12 cas de complications externes sur 2.000 cas de tuberculose pulmonaire.

Aux Escaldes (qui reçoivent des mixtes), de juin 1936 à début 1938, 107 cas traités, dont 75 mixtes certains et 32 osseux suspects de lésions pulmonaires.

Nous avons fait la même enquête dans certains services parisiens. Voici les chiffres qui nous ont été fournis par le Service Social à l'Hôpital, et nous remercions Mme Getting, fondatrice de l'œuvre et ses collaboratrices de l'enquête qu'elles ont bien voulu mener pour nous.

I. — Nombre de malades tuberculeux mixtes qui n'ont pu être admis dans les établissements de cure faute de place pendant l'année 1937 :

	F.	H.	E.
Salpêtrière (Etienne Bernard) ...	4		8
Brévannes (Chevalley)			30
Tenon (de Gennes et Brûlé)	3	31	
— (Marchal, Guy Laroche et Weill)	7	10	
— (Roux-Berger)		1	
Beaujon (Léon-Kindberg)	1	3	

Les services Bezançon, Jacob, Troisier, Ameuille, et le centre de triage de Cochîn ont répondu : Néant (!).

Il s'agit là des *malades qui n'ont pu être placés* et non de la totalité des malades examinés (dans les services ou à leurs consultations). Nous avons donc demandé une seconde enquête pour ces derniers chiffres. Nous avons obtenu les résultats suivants (qui ne portent malheureusement que sur le premier trimestre 1938) :

	F.	H.	E.
Salpêtrière (Etienne Bernard) ...	3		4
— (Ribadeau-Dumas) ...			1
Brévannes (Chevalley)			1
Enfants malades (Ombrédanne) .			8
(dont 4 placés à Odeillo)			
Pitié (Desplats)	1	3	
St-Antoine (Jacob)		3	
Boucicault (Courcoux)	2	2	

	F.	H.	E.
Cochin (Ameuille)	1	3	
— (Mathieu) : 23, dont 5 placés : 4 à Brévannes, 1 aux Escaldes.			
Tenon (Roux-Berger)	3		
Hérolde (Debré)			1
Trousseau (Sorrel)			5

Les services Bezançon, Kindberg, Armand-Delille, Mey, ont répondu : Néant.

A Brévannes (Service Pierre Bourgeois), 43 hommes et quelques femmes actuellement hospitalisés.

Ces chiffres, si intéressants qu'ils soient, ne paraissent pas répondre à la totalité des cas, beaucoup de malades ayant échappé à l'enquête, qui eût demandé un délai plus considérable pour être complète.

Par ailleurs, à l'étranger, nous trouvons les données suivantes :

Leysin : Rollier : 30 % de mixtes.

En Italie : un travail récent (Rinonapoli, Archivio de Medicina et Chirurgia, Agosto, 1935) donne les pourcentages suivants pour quelques auteurs :

Rinonapoli	2.300	43,52 %
Zanoli	1.500	43, 5 %
Paltrinieri	583	50,77 %
—	264	75,37 %

Ces données rapides montrent que les tuberculoses associées, sans être extrêmement fréquentes, sont loin d'être rares et il est curieux que les statistiques habituelles de la tuberculose les passent sous silence, ne

créant même pas de rubrique pour les tuberculoses mixtes. Notre impression, au contraire, est que ces malades restent en dehors des statistiques parce que l'organisation actuelle oblige à les négliger, et que si on arrivait à les totaliser, ils formeraient un chiffre assez impressionnant.

Etude clinique

L'étude clinique des tuberculoses associées est d'une complexité extrême : les auteurs qui se sont attachés à la question ont essayé d'interpréter des statistiques basées sur l'âge des malades, sur l'ordre de précession des lésions, sur l'intervalle qui sépare la manifestation première de l'apparition de la localisation associée. Et il faut bien reconnaître, avec la plupart d'entre eux, qu'aucune conclusion précise ne ressort de ces travaux.

C'est qu'en réalité, devant l'extrême complexité des faits, toutes les statistiques, quand elles ne sont pas faussées au départ par certaines contingences (milieu social, triage des malades, conditions d'admission, etc.), se trouvent faussées par leur limitation même : limitation en étendue (le nombre des malades étudiés est toujours trop restreint pour donner une idée de la généralité des cas), limitation dans le temps, cette dernière plus grave peut-être, les malades perdus de vue avant leur guérison définitive ne don-

nant lieu qu'à une observation forcément incomplète et sans intérêt pronostique.

Aussi nous sera-t-il impossible, à l'aide de quelques observations recueillies elles-mêmes dans des cadres limités et pour des malades triés, d'apporter une contribution, si modeste soit-elle, à ce problème compliqué de l'évolution clinique des tuberculoses associées. D'ailleurs, ainsi que nous l'a fait remarquer un de nos maîtres, notre expérience est « trop jeune ». Elle ne date en effet que de quelques mois, et nous regrettons de ne pouvoir consacrer quelques dizaines d'années à l'observation suivie des *mêmes* malades, jusqu'à la fin de leur évolution.

Nous nous bornerons donc, après une étude rapide de quelques observations que nous avons étudiées nous-même, à exposer surtout les idées actuelles sur la question.

Les statistiques que nous produisons ont été choisies autant que possible dans des milieux homogènes, pour permettre la classification de cas comparables entre eux. Elles concernent uniquement les adultes et émanent respectivement :

— D'un établissement consacré exclusivement au traitement des tuberculoses externes (Hôpital Maritime de Berck).

— D'un établissement consacré au traitement des tuberculoses associées (Les Escaldes).

— D'un établissement consacré aux tuberculoses pulmonaires : ces dernières observations, en nombre malheureusement restreint, nous ont été communiquées par Mme Lutigneaux-Zebrovski.

Nous nous proposons de résumer ces observations et de voir s'il est possible d'en tirer quelques conclusions de pronostic et de thérapeutique.

Mais quelques conclusions négatives s'imposent à nous d'emblée. Que nous considérons le chiffre ou le détail de nos observations, il est un certain nombre de questions, pourtant importantes, auxquelles il est difficile de répondre. En particulier, nous n'avons pu fixer, même d'une manière approximative :

— La gravité relative de l'association suivant l'ordre de précession des lésions.

— La fréquence même de la précession pulmonaire par rapport à la précession externe, l'impression que nous donnons plus loin n'étant tirée que d'une statistique limitée aux Escaldes où nous avons pu reconstituer un certain nombre d'observations.

— La gravité d'ensemble elle-même reste difficile à apprécier.

I. — Hôpital Maritime de Berck

Il s'agit de malades dont la lésion primitive, en principe tout au moins, est osseuse.

Notons d'abord la rareté relative des complications pulmonaires secondaires au cours des tuberculoses chirurgicales *traitées*.

Chez l'adulte.

La complication pulmonaire reste rare. Sur 1.800 malades hospitalisés de 1931 à 1937, nous avons vu

que 75 seulement ont fait des manifestations respiratoires. Encore, parmi ces derniers, 24 étaient porteurs de lésions associées dès l'arrivée, et doivent être considérés soit comme des mixtes d'emblée, soit comme des mixtes chez qui l'apparition de la complication respiratoire est survenue avant l'application du traitement héliomarin, et n'auraient pas dû, en principe tout au moins, être envoyés à Berck. Il reste donc 51 cas sur 1.777, soit une proportion de 2,9 % de complications pulmonaires apparues vraiment au cours du traitement, chez des tuberculeux chirurgicaux jusque-là purs.

Considérons maintenant nos 75 observations. Quatre d'entre elles sont inutilisables, faute de renseignements précis. Pour les 71 restantes, nous avons dressé un tableau aussi détaillé que possible de l'état et de la nature, du degré d'évolution des lésions, tant externes que pulmonaires.

Ce tableau, si détaillé qu'il soit, ne peut répondre à toutes les questions qu'on serait tenté de lui poser. Dans l'ensemble, cependant, il a confirmé nos impressions essentielles.

I. — Par rapport A LA LÉSION PULMONAIRE, nos 71 cas se décomposent ainsi :

Formes légères (pachypleurites, cortico-pleurites, voile d'un ou des deux sommets, signes fonctionnels discrets, etc) : 31 cas.

Formes moyennes (signes généraux et fonctionnels importants, hémoptysies, altération de l'état général, expectoration bacillifère), 24 cas.

Formes graves (signes généraux et fonctionnels importants, lésions cavitaires, poussées évolutives graves), 16 cas, dont 5 décès.

II. — Par rapport à LA MULTIPLICITÉ DES LÉSIONS CHIRURGICALES :

36 fois, il s'agissait de localisations uniques. Elles ont donné :

Complications pulmonaires : légères	19
— moyennes	12
— graves	5

35 fois il s'agissait de lésions chirurgicales poly-focales, avec atteinte soit de une ou plusieurs grosses articulations, soit d'une grosse ostéo-arthrite associée à une ou plusieurs autres petites localisations moins importantes (ostéite costale, adénite, etc.). Ces 35 cas se décomposent ainsi :

Complications pulmonaires : légères	12
— moyennes	12
— graves	11

III. — Par rapport à L'IMPORTANCE DE L'ATTEINTE EXTERNE, 7 cas de tuberculose externe unique localisée sur une petite articulation ont donné :

Complications pulmonaires : légères	4
— moyennes	2
— grave	1

IV. — La FISTULISATION paraît jouer un rôle certain pour l'aggravation de la lésion pulmonaire :

Tuberculose externe fermée : 25 cas, avec :

Complications pulmonaires : légères	16
— moyennes	5
— graves	4

T. E. avec fistule unique, 34 cas :

Formes pulmonaires : légères	11
— moyennes	16
— graves	7

T. E. multifistulisée, 12 cas :

Formes pulmonaires : légères	4
— moyennes	4
— graves	4

Si l'on consulte ces tableaux, on voit que dans l'ensemble la gravité de la lésion pulmonaire est proportionnelle à la gravité de la lésion externe. Tous les éléments de pronostic de celle-ci, multiplicité des lésions, importance du foyer, fistulisation, sont autant de conditions aggravantes de la lésion pulmonaire. Il est certain que toutes ces causes, en s'ajoutant, diminuent la résistance du sujet. Mais il ne faut pas oublier que souvent elles ne sont toutes que des manifestations parallèles de la mauvaise qualité d'un terrain qui se défend mal : ce qui explique qu'à des lésions graves externes correspondent des lésions graves pulmonaires.

Il faut aussi insister sur le fait que ces malades de Berck, renvoyés pour la plupart dès la première manifestation clinique de leur lésion pulmonaire, n'ont pu être suivis jusqu'au bout de leur évolution. Ils peuvent nous donner une idée sur le début de l'association chez un osseux traité, mais ne sauraient nous renseigner sur la gravité d'ensemble de l'association.

II. — Sanatorium des Escaldes

Nous avons recueilli 72 observations de malades récemment sortis ou encore en traitement au mois de novembre 1937. Nous n'en avons retenu que 55, faute de précisions suffisantes pour les autres. Elles concernent toutes des adultes. La plupart des malades étaient atteints déjà depuis un certain temps au moment de leur arrivée, plusieurs mois ou même le plus souvent plusieurs années. Il est remarquable en effet que beaucoup d'entre eux, avant d'être dirigés et admis aux Escaldes, avaient fait un ou plusieurs établissements, soit pour osseux, soit pour pulmonaires purs, et cela après l'apparition de leur complication seconde.

I. — SUIVANT L'ORDRE DE PRÉCESSION.

Dans la mesure où nous avons pu établir d'une façon précise les antécédents de ces malades, et distinguer un accident guéri d'un accident actuel — chose parfois très difficile dans l'histoire d'une affection essentiellement chronique — nous avons pu établir la statistique des précessions. Sur 55 observations, 17 fois il s'agissait d'une précession externe, avec lésions pulmonaires : discrètes 7

— moyennes 7

— graves 3

22 fois, la précession était pulmonaire, avec lésions pulmonaires : discrètes 5

moyennes 13

graves 4

16 fois l'association s'était faite d'emblée ou à très

bref intervalle. Les lésions pulmonaires étaient alors :

discrètes dans	5 cas
moyennes dans	7 cas
graves dans	4 cas

Il semble donc que, chez l'adulte, la précession pulmonaire soit la plus fréquente, donnant des formes pulmonaires moyennes ou graves. La précession de la lésion chirurgicale donne aussi des formes graves, mais plus souvent des formes discrètes ou moyennes. Le mode de début le moins favorable paraît être l'association d'emblée : c'est dans ce cas que la proportion des formes graves est la plus grande.

II. — SUIVANT L'IMPORTANCE DE L'ARTICULATION LÉSÉE.

50 fois, il s'agissait de grosses localisations osseuses, soit isolées (40), soit associées à d'autres lésions chirurgicales de moindre importance (10). Il faut ajouter deux cas de lésions chirurgicales (péritonite et tuberculose intestinale) sérieuses, mais non osseuses. Sur les 52 cas, on trouve : légers

légers	17
moyens	27
graves	8

Les 42 cas de grosses lésions uniques ont donné les chiffres suivants :

Lésions pulmonaires : discrètes	13
— moyennes	21
— graves	8

10 fois, il y avait des lésions chirurgicales multiples, avec :

Lésions pulmonaires : discrètes	5
— moyennes	4
— graves	1

Trois fois seulement, il y avait des lésions externes sur des foyers peu importants, se décomposant ainsi :

Lésions pulmonaires : légères.....	1
— moyennes.....	0
— graves.....	2

Si l'on compare ces chiffres on aurait tendance à croire que les lésions externes, quand elles se limitent à un foyer peu important (adénites, ostéites costales, etc...), s'accompagnent de complications pulmonaires graves. Mais il faut rappeler que la statistique ne saurait avoir ici de signification réelle, les petites lésions externes ne paraissant pas souvent au malade nécessiter le séjour en sanatorium spécialisé.

III. — SUIVANT L'ÉTAT DE LA LÉSION CHIRURGICALE.

C'est ici que les chiffres sont le plus éloquents et ne demandent aucune interprétation particulière de leur affirmation brutale : sur 34 cas de T. Chirurgicale fermée, on trouve :

Lésions pulmonaires : discrètes.....	13
— moyennes.....	18
— graves.....	3

Sur 21 cas de T. Chirurgicale ouverte, on trouve :

Lésions pulmonaires : légères.....	4
— moyennes.....	8
— graves.....	9

La fistulisation est donc parmi les facteurs aggravants les plus certains, puisqu'elle donne cinq fois plus de cas graves que la T. externe fermée, et deux fois moins de formes légères.

IV. — SUITES OPÉRATOIRES.

Parmi les malades de cette statistique, 31 ont subi des interventions chirurgicales nécessitées par la lésion externe. Bien entendu, on a choisi le moment opportun, et bien trié les indications. Dans l'ensemble, l'intervention a été très bien supportée : 29 suites opératoires normales et résultats locaux favorables. Une fois, il y eut une poussée pulmonaire tardive trois mois après l'intervention (n° 53) ; une fois seulement une poussée évolutive pulmonaire grave immédiatement après l'intervention, et plusieurs mois après une nouvelle complication mortelle (n° 25).

III. — Statistique Luttigneaux-Zebrovski

(Personnelle et Sanatorium Pulmonaire OPHS
d'Hauteville, D^r P. Lelong)

Madame Luttigneaux-Zebrovski a bien voulu nous communiquer quelques observations que nous résumons dans la statistique suivante :

Total des cas : 13.

Par rapport à l'ordre de précession : précession pulmonaire : 8 cas, avec

lésions pulmonaires : discrètes.....	4
— moyennes	3
— graves	1

Association d'emblée : 5 cas, avec

lésions pulmonaires : discrètes.....	2
— moyennes	2
— graves	1

Par rapport à l'importance de la lésion externe :
8 fois, il s'agissait de l'atteinte d'une grosse articulation unique, avec

lésions pulmonaires : discrètes.....	2
— moyennes	5
— graves	1

Dans 5 autres cas, il y avait plusieurs foyers de T. externe, avec toujours au moins un foyer important. Les lésions pulmonaires étaient :

discrètes.....	4
moyennes	0
graves.....	1

Par rapport à l'état de la lésion chirurgicale : 5 fois la lésion externe était fermée :

lésions pulmonaires : discrètes.....	3
— moyennes	2
— graves	0

4 fois, la lésion externe était ouverte :

lésions pulmonaires : discrètes.....	1
— moyennes	2
— graves	1

Pour 4 autres cas, pas de renseignements.

Par rapport à la facilité du traitement enfin, 5 malades sur 13 n'ont pu être placés que tardivement (un an ou plus après le début des lésions) ;

10 malades sur 13 ont été renvoyés à d'autres établissements (Escaldes, Paris, Hauteville) pour y subir les interventions rendues nécessaires par leur état.

Cette statistique ne prête pas à des conclusions aussi nettes que les précédentes, le nombre de cas y étant trop limité.

Elle nous a d'ailleurs été communiquée par Madame Luttigneaux beaucoup moins pour les renseignements cliniques qu'elle pouvait nous apporter que pour montrer la difficulté du placement des malades.

En somme, les trois statistiques que nous produisons nous amènent à des conclusions à peu près concordantes.

1° *La fréquence relative assez considérable.* Nous avons vu le pourcentage des renvois à Berck, qui confirme l'impression que nous avons retirée des chiffres recueillis dans les Hôpitaux de Paris, et les autres établissements.

2° *L'extrême variété des associations* et le parallélisme habituel de l'évolution des lésions. Les pourcentages de lésions pulmonaires graves nettement plus élevés chez les porteurs de tuberculoses externes évolutives ou multiples, ou fistulisées. Mais ce n'est là qu'une conclusion statistique, dont on ne saurait légitimement se prévaloir pour préjuger de l'avenir d'un malade déterminé ; nous avons vu plusieurs observations de malades ayant présenté une amélioration ou même une guérison inespérée d'une des lésions pendant que l'autre restait stationnaire.

3° Dans l'ensemble, les cas ayant présenté *une évolution favorable* répondaient pour la plupart à *des lésions pulmonaires fibreuses*.

Telles sont les seules conclusions à peu près certaines que l'on puisse déduire des observations étudiées. Pouvons-nous en tenir un compte absolu ? Nous avons déjà insisté sur le fait que toutes les

statistiques sont forcément limitées, ne portant que sur des cas plus ou moins préalablement triés, et ne peuvent donner que des réponses particulières.

Aussi croyons-nous utile, après cette étude, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les conclusions cliniques qui se dégagent des travaux déjà parus.

Un certain nombre de questions d'ailleurs sont restées, par leur nature même, en dehors de notre étude. Voyons dans quelle mesure les auteurs y ont jusqu'ici répondu.

I. — ORDRE DE PRECESSION DES LESIONS

Nous entendrons par précession pulmonaire les cas où la complication externe est survenue chez un sujet porteur d'une lésion parenchymateuse actuelle, stabilisée ou en évolution.

Pour Etienne BERNARD, la précession pulmonaire est à la fois la plus habituelle et la plus grave, et il donne les chiffres suivants :

Précession pulmonaire	14 cas
Précession extra-pulmonaire	10 —
Début concomittant	5 —
Précession imprécise	1 —

Et sur ces chiffres, il trouve une évolution mortelle dans 75 % des cas de précession pulmonaire, contre 40 % pour la précession extra-pulmonaire.

Pour Pierre BOURGEOIS, la précession serait le plus souvent pulmonaire. Voici la statistique qu'il donne à la séance du 4 décembre 1936, à la Société Médicale des Hôpitaux :

Précession pulmonaire.....	50 %
Précession osseuse	39 %
Début concomitant	11 %

Pour lui aussi d'ailleurs, la précession pulmonaire serait plus grave : plus exactement, un antécédent de T. osseuse cicatrisée pendant l'enfance fait que la lésion pulmonaire, si elle apparaît, reste moins grave. Il adopte en somme la loi de Marfan, et insiste sur le fait qu'on ne saurait l'étendre sans la déformer. Tel est d'ailleurs, à propos de la loi de Marfan, l'avis de Richard et de Etienne Bernard.

II. — RETENTISSEMENT RECIPROQUE DES LESIONS

Toutes les opinions ont été proposées quant au retentissement réciproque des lésions :

1° Pour Etienne BERNARD, les lésions associées co-existent côte à côte, sans s'influencer réciproquement. Dans la séance du 14 novembre 1936, à la Société de la Tuberculose, l'auteur donne le résumé de 32 observations d'enfants atteints de tuberculose associée. Il les classe suivant le degré d'évolutivité des lésions pulmonaires ou la prédominance des formes extra-pulmonaires. Quoi qu'il en soit, il arrive pour toutes ses catégories à la conclusion suivante : que la dissémination bacillaire, qu'elle soit précoce ou non, n'entraîne pas d'aggravation spéciale du pronostic. L'évolution de la lésion primitive (poumon) et des lésions associées de dissémination (extra-pulmonaire) est le plus souvent indépendante. Chez l'adulte, il arrive pratiquement aux mêmes conclusions, l'évolu-

tion des deux ordres de lésions pouvant être concordante ou discordante. En somme, dit-il, « tout se voit ».

Dans cette hypothèse, tout se passe comme si la lésion pulmonaire et la lésion externe se juxtaposent simplement. Sans doute le pronostic d'ensemble s'en trouve assombri, mais les différentes localisations évoluent chacune pour son propre compte, l'une d'entre elles pouvant s'aggraver, s'améliorer ou même guérir sans que l'évolution de l'autre en soit troublée. Il est curieux, en particulier, de voir s'assécher et se cicatriser des lésions osseuses, chez un tuberculeux mixte, dans le même temps que la lésion pulmonaire subit un coup de fouet.

Sur beaucoup de nos observations (n^{os} 7, 11, 17, 22, 31, 44, 45, etc...), nous voyons apparaître à bas bruit chez un tuberculeux pulmonaire, par exemple, une tumeur blanche ou un mal de Pott qui se confirme longtemps après les premier signes fonctionnels. Souvent le poumon est à ce moment en voie de guérison. L'apparition de la lésion secondaire n'influence en rien la lésion respiratoire, qui continue son évolution vers la guérison, pendant que la lésion externe entre dans sa phase d'état. Il en est de même quand la précession suit l'ordre inverse.

Et c'est tout à fait fortuitement, croyons-nous, que l'on peut diviser ces cas en deux groupes, suivant que l'évolution est concordante ou discordante. Le plus souvent d'ailleurs, dans les formes que nous considérons ici, concordance ou discordance d'évolution ne sont que momentanées, transitoires, suivant

la seule loi du hasard et ne valent que pour un moment donné de l'histoire du malade.

2° Les lésions osseuses et pulmonaires s'aggravent réciproquement.

Pour RICHARD, chirurgien, la lésion pulmonaire constitue une aggravation certaine et réagit fâcheusement sur la lésion osseuse surtout quand elle retentit sur l'état général : il fait cependant cette importante réserve que la lésion pulmonaire n'est ni plus ni moins curable que si elle était pure.

Pour Pierre BOURGEOIS, médecin, l'état pulmonaire serait d'autant plus mauvais que la lésion externe est plus importante en étendue, en gravité, « la masse de suppuration constituant un facteur de premier ordre ». Bien plus, l'auteur pense que si les grosses suppurations aggravent, les suppurations atténuées peuvent avoir une influence favorable, ainsi que nous le rappellerons plus loin.

Dans cette deuxième hypothèse, la gravité de l'ensemble est plus grave que ne le serait la seule juxtaposition des lésions, l'association paraît la multiplier par retentissement réciproque. L'atteinte pulmonaire réagit fâcheusement sur l'état général et ralentit par là ou compromet la guérison de la lésion chirurgicale.

En réalité, devant le polymorphisme des faits et devant l'irrégularité habituelle d'évolution des lésions externes considérées en elles-mêmes, il est bien difficile de conclure sur l'importance en soi de l'une ou l'autre localisation. Et la discussion après tout

est oiseuse : ce qu'il faut envisager, c'est le pronostic d'ensemble, tel qu'il apparaît après l'inventaire complet des lésions. Peut importe de voir un malade guérir de son genou, au moment où son poumon subit une poussée évolutive mortelle. Ce qui est évident, c'est que l'association est déjà par elle-même un signe de moindre résistance vis-à-vis de l'infection tuberculeuse. On est inquiet avec quelque raison quand déjà un coxalgique fait secondairement une autre ostéo-arthrite. Acceptons qu'une localisation pulmonaire secondaire ait la même signification générale quant à la valeur du terrain : ajoutons qu'elle grève un peu plus l'avenir parce qu'elle est peut-être plus difficile, plus délicate à soigner et que son extension, sa bilatéralisation sont toujours à craindre ; qu'indirectement aussi, elle aggrave le pronostic de la lésion externe, à laquelle elle peut interdire, momentanément ou d'une manière définitive, le bénéfice de certains traitements, comme une intervention chirurgicale ou la cure héliomarine. Peut-être aurons-nous résumé en ces quelques lignes tout ce que l'on peut aujourd'hui légitimement affirmer au sujet des tuberculoses associées, et de leur pronostic.

Faut-il pourtant citer l'opinion de certains auteurs qui, sur la foi de quelques rares observations, croient voir, dans le pronostic général de ces tuberculoses mixtes, un phénomène de bascule, de compensation, entre la lésion pulmonaire et certaines formes au moins de localisations externes ? l'assèchement ou

la suppression chirurgicale de celles-ci coïncidant alors avec une reprise évolutive au niveau du poumon ? (1).

Ces cas, dont nous n'avons malheureusement pas d'observations personnelles, sont rares. Mais certains auteurs en ont rapporté quelques exemples qui, malgré la difficulté d'interprétation (celle-ci ne permettant pas toujours d'éliminer l'aléa d'une coïncidence), sont vraiment frappants. JACQUEMAIN, de Larressore, a publié dans le *Bulletin Médical*, il y a longtemps déjà, cinq observations dans lesquelles ce phénomène de bascule se rencontre avec régularité (amélioration du poumon après apparition d'une arthrite suppurée du poignet, reprise évolutive dans un autre cas après cure radicale de fistule anale, etc...) et il ne semble pas qu'il s'agisse d'observations isolées, puisque l'auteur nous a encore écrit récemment en avoir observé d'autres depuis.

Pour Lefranc (de Roscoff), parmi les petites suppurations, seules les petites adénopathies suppurées auraient cet effet modérateur sur d'autres localisations plus importantes (qu'elles soient d'ailleurs chirurgicales ou pulmonaires). Elles joueraient, selon lui, un rôle de barrage et seraient par conséquent à

(1) On voit souvent, dans les services d'osseux (Hôpital Maritime de Berck), un arrêt brutal de la suppuration au moment où s'annonce une dissémination mortelle (méningite ou granulie). Si intéressant que soit le mécanisme de ces faits, ils ne rentrent pas dans le cadre de ceux que nous avons en vue ici : ce n'est pas parce que la suppuration diminue que se produit la dissémination, mais bien parce que l'infection se généralise que la suppuration tarit.

respecter. Quant aux localisations plus importantes (genou suppuré, etc...) si leur suppression s'impose, c'est qu'elles sont souvent surinfectées et mettent par cela même la vie du malade en danger. Elles dépassent le cadre de la tuberculose osseuse pure.

Au cours d'une discussion à la Société Médicale des Hôpitaux, Pierre BOURGEOIS remarque que l'« apparition d'une suppuration externe correspond souvent à une atténuation marquée de l'activité des lésions pulmonaires. L'arrêt, spontané ou thérapeutique, de la suppuration, est souvent, au contraire, le signal d'une extension rapide et même fatale du processus pulmonaire. Et dans la même séance : « Chez certains malades, disent Maurice Renaud et Petit-Maire, on pourrait croire, selon l'opinion de MM. Bezançon et Bernard, qu'il y a une sorte d'antagonisme entre les déterminations pulmonaires de la tuberculose et ses autres localisations. Chez d'autres sujets on voit au contraire la maladie toucher en même temps et avec régularité le poumon et d'autres organes. Sommes-nous là, se demandent-ils, devant deux formes naturelles de la maladie, ou devant deux classes de malades que notre spécialisation seule a séparées ? Il y a probablement de l'un et de l'autre, notre art accentuant une séparation ébauchée par la nature ».

Il est bien difficile, en effet, de formuler à ce sujet une conclusion définitive, car si M. Jacquemain trouve ces cas d'antagonisme assez curieux pour être rapportés, combien de chirurgiens ont opéré des fistules anales sans assister ensuite à une poussée évolutive

pulmonaire ? La seule remarque que l'on puisse faire, — et M. Jacquemain n'y manque d'ailleurs pas, — c'est que dans tous ces cas de bascule, le poumon ne s'améliore que pour autant que l'organe secondairement touché a une valeur physiologique mineure, une valeur moindre que celle du poumon (fistule anale, petite articulation, etc.). Ajoutons aussi que, d'après les observations publiées, c'est toujours l'évolution de cette lésion externe considérée comme indépendante qui a paru commander l'évolution de la lésion pulmonaire.

Il est certain que si de telles observations se multipliaient, elles ouvriraient un jour intéressant sur les conditions de l'allergie et sur le mécanisme de la guérison. Mais nous ne saurions suivre M. Jacquemain dans ses conclusions, quand il nous écrit que « l'évolution des tuberculeux mixtes est, en général, plus favorable que celle des tuberculeux exclusifs », ni quand il préconise le respect thérapeutique de la lésion chirurgicale qu'on aurait toujours intérêt à laisser suppurer, ni surtout quand il propose de réviser éventuellement la pension des tuberculeux de guerre ayant fait une localisation externe secondaire.

Un autre problème intéressant est soulevé par quelques observations dans lesquelles on voit au contraire la tuberculose évoluer manifestement vers la guérison après la suppression chirurgicale d'un foyer externe secondaire. Jacob a rapporté (*Rev. de la Tuberculose*, fév. 1932), un cas rapide de guérison pulmonaire (lésions bilatérales avec cavernes d'un

côté), après néphrectomie pour rein tuberculeux jusque-là méconnu. D'autres auteurs ont eu de pareils exemples (guérison pulmonaire ou d'une localisation externe après suppression du foyer principal).

Voici deux observations démonstratives :

P... Jean, 44 ans. Pleurésie séro-fibrineuse en 1933.

En 1936, tuberculose ulcéro-nodulaire des sommets avec B. K. dans les crachats. Placé en sana pulmonaire, il a été renvoyé à cause de sa lésion externe : ostéite du tibia gauche.

A Cochin : intervention (grattage ?).

En octobre 1936, nouvelle localisation tibio-tarsienne droite.

Entre à Brevannes en janvier 1937, avec une fistule gauche, une tumeur blanche tibio-tarsienne droite en pleine évolution.

En juillet 1937 : aggravation : plusieurs fistules, suppuration, température. Le pronostic d'ensemble est sévère. Au point de vue pulmonaire : pas d'incidents importants. B. K. +.

Le malade est dirigé à l'Hôpital Cochin, où le Professeur Lenormand fait une amputation (sept. 1937).

En avril 1938, il n'y a eu aucun incident pulmonaire. L'état général est meilleur.

J... Robert, 22 ans. Vient de Lariboisière avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire ouverte et tumeur blanche du genou (début décembre 1935).

Entre à Brevannes en août 1936. La radio montre une lésion de la rotule. L'immobilisation du malade n'est pas obtenue et il fait bientôt une poussée articulaire importante.

En avril 1937, allure rapidement évolutive, énorme genou, avec plusieurs fistules.

Poussées de rétention avec température élevée.

Au point de vue pulmonaire, état stationnaire, l'aggravation de l'état général semble due essentiellement à l'arthrite évolutive, à l'infection secondaire.

En juillet 1937, après avoir envisagé l'amputation, on fait une résection (Hôpital Cochin).

Actuellement, avril 1938, évolution normale et favorable. Cicatrisation complète, 3 mois après l'intervention. Aucune poussée pulmonaire. Reprise du poids : 9 kilos.

Ces observations tendent à prouver, — d'abord que le tuberculeux pulmonaire supporte assez bien les interventions chirurgicales ; — ensuite que la suppression chirurgicale du foyer le plus important modifie suffisamment la résistance du sujet pour permettre une guérison facile des autres localisations. Elles rentrent en somme dans les cadres d'une certaine logique naturelle, car il est naturel que l'on pense à supprimer un rein tuberculeux, un genou gravement suppuré et irrécupérable dans la mesure où ils constituent un obstacle certain à la guérison. Mais nous avons ici en vue des cas plus curieux encore. Pourquoi des tuberculeux cavitaires ont-ils vu leurs lésions s'améliorer après une cure de rayons ultra-violets instituée contre des localisations cutanées ? C'est en vérité à propos de telles observations que le Professeur Bezançon et Etienne Bernard se demandaient si nous ne sommes pas en présence de deux formes naturelles de la maladie, c'est-à-dire, si nous comprenons bien, s'il n'existe pas, à côté de la tuberculose pulmonaire médicale, à côté de la phtisie

classique, des formes pulmonaires plus spécialement apparentées aux formes chirurgicales et réagissant aux mêmes traitements.

Comment interpréter, également, la curieuse observation de Winterstein (1933) ? Un malade présente une tuberculose pulmonaire stabilisée. Il fait secondairement une localisation dans son corps thyroïde, avec lésion claviculaire fistulisée, et poussée évolutive pulmonaire. Intervention : thyroïdectomie, résection partielle de la clavicule. Guérison rapide de la tuberculose pulmonaire. Est-ce la thyroïdite qui a donné un coup de fouet à la lésion pulmonaire ? La thyroïdite et la reprise pulmonaire ont-elles été l'effet d'une poussée momentanée de dissémination ?

En somme, et s'il nous faut conclure, nous voyons que cliniquement, des faits extrêmement polymorphes rentrent, dans leur grande majorité, sous une loi commune, exprimée par la coexistence pure et simple des lésions associées ou par une certaine aggravation réciproque. Quelques cas exceptionnels encore montrent, de temps en temps, un curieux antagonisme entre les manifestations pulmonaires et les manifestations externes, ou au contraire un certain « air de famille » entre les deux ordres de lésions. Nous nous excusons d'avoir peut-être insisté sur ces cas rares : c'est parce qu'ils sont anormaux qu'ils sont intéressants, et qu'ils méritent d'être regardés de près, encore qu'ils ne doivent point, pour l'instant, conduire à des déductions pratiques de traitement ou d'abstention.

THERAPEUTIQUE

L'étude clinique nous a montré que l'association d'une tuberculose chirurgicale et d'une tuberculose pulmonaire, si elle marque une aggravation certaine du pronostic général, reste néanmoins le plus souvent curable. Bien entendu, des lésions cavitaires graves, des tuberculoses externes rapidement évolutives, fistulisées, infectées, peuvent apparaître comme évidemment au-dessus des ressources de la thérapeutique. Mais il serait excessif, à cause de ces cas, qu'on retrouve d'ailleurs dans l'une et l'autre catégories des formes pures, de généraliser vis-à-vis des tuberculoses associées une attitude *a priori* défaitiste.

Nous avons insisté sur l'importance primordiale du terrain, qui est sans doute à la base de la multiplicité des formes et de l'irrégularité du pronostic. La nécessité de renforcer la résistance du sujet vis-à-vis de l'infection bacillaire, indication si générale dans toutes les formes de la tuberculose s'impose ici plus impérieusement que jamais. En effet, la co-existence de lésions pulmonaires évolutives oblige souvent à des temporisations prolongées pour le traitement de la lésion chirurgicale, même dans les moments où l'état local de celle-ci permettrait un

traitement actif. La cure climatique devient alors, de toute évidence, l'unique ressource.

Mais la coexistence même de lésions associées rend le choix de celle-ci quelquefois délicat. Il est classique d'éviter le climat marin aux tuberculeux respiratoires. Parmi ceux-ci cependant, les Berckois (M. Mozer) exceptent les formes pleurales même récentes, à la condition qu'elles aient pris une évolution cyclique, normale vers la guérison, qu'elles soient restées strictement localisées sans aucune participation pulmonaire, qu'elles aient revêtu en un mot l'aspect classique de la pleurésie à frigore. Ils exceptent également les formes parenchymateuses anciennes et bien cicatrisées. D'ailleurs le climat marin ne donne pas toujours aux pulmonaires vrais le redoutable coup de fouet que l'on suppose : certaines tuberculoses fibreuses tolèrent contre toute attente le climat marin du Nord et de la Manche. D'autres éprouvent un réel bienfait dans un climat marin adouci, tel qu'on le rencontre sur les côtes de la Méditerranée ou dans l'Atlantique-Sud (Menton, Arcachon).

Mais dans la majorité des cas, c'est la lésion pulmonaire plus fragile devant les erreurs climatiques qui doit commander le lieu de séjour. En effet, la tuberculose externe trouve à la montagne un climat sinon idéal, du moins encore très favorable. Les sanatoria spécialisés pour les tuberculeux mixtes devront donc répondre au point de vue climatique, aux mêmes indications que les sanatoria pour pulmo-

naires : haute montagne en général, plaine ou moyenne altitude pour quelques malades ne supportant pas la haute montagne (hémoptysies).

Le traitement des lésions pulmonaires ne comporte aucune indication spéciale différente de celles de la phtisiologie courante. Nous ne saurions partager l'excessive prudence de certains médecins pour qui l'existence d'une lésion externe, même très bénigne comme un *spina ventosa*, constituerait par elle-même une contre indication au pneumo-thorax thérapeutique. Au contraire, le pneumo-thorax nous paraît être indiqué toutes les fois que le permet l'état des lésions pulmonaires : c'est une intervention simple, bénigne par elle-même, permettant d'entraver ou même d'arrêter l'évolution de la lésion pulmonaire. Et la lésion externe elle-même se ressentira favorablement des nouvelles conditions d'existence offertes à la résistance du sujet : diminution des signes fonctionnels et généraux, arrêt des hémoptysies, état général meilleur. Sans doute serions-nous plus circonspect quand, le pneumothorax étant impossible, on aurait à envisager des opérations substitutives plus graves et plus shockantes, comme la thoracoplastie. L'indication dépend alors surtout de l'évolutivité des lésions pulmonaires, du degré de résistance du malade qui tient sans doute, en partie, à l'état de la localisation chirurgicale. Il s'agira chaque fois d'un cas d'espèce, que seul pourra ré-

soudre la collaboration intime du phthisiologue et du chirurgien.

En réalité, le problème thérapeutique est surtout posé par la lésion externe.

Bien entendu, le traitement proprement orthopédique sera conduit de la même façon, avec les mêmes soins et les mêmes exigences que dans la tuberculose osseuse pure : immobilisation aussi rigoureuse et aussi prolongée qu'il sera nécessaire, surveillance et ponction des abcès, pansements aseptiques des fistules, etc... Nous ne nous attarderons pas sur ce traitement classique : avec la cure de repos climatique, c'est lui qui va jouer le rôle essentiel, remplir les périodes d'attente qui peuvent être rendues nécessaires par l'évolution des lésions pulmonaires. Disons seulement que par le repos absolu qu'il inflige souvent aux malades (Pott, ostéo-arthrites du membre inférieur) il constitue indirectement un élément favorable pour l'amélioration de l'atteinte respiratoire.

De tels soins, si strictement spécialisés, exigent un outillage adéquat, et surtout un personnel entraîné, et conscient de l'importance du rôle qu'on lui confie. Et cela explique que la plupart des sana pulmonaires ne se sentent pas en mesure de traiter les malades atteints d'une ostéo-arthrite associée.

Nous nous attarderons davantage sur les indications chirurgicales de la lésion externe.

I. — Il y a des cas évidents : ce sont les urgences. Sans compter les urgences de chirurgie générale (appendicite, perforation d'ulcère) qui peuvent se voir ici comme partout et qui ne souffrent pas de discussion, l'urgence peut être dictée par l'état même de la lésion externe. Il s'agit alors, le plus souvent, d'une infection secondaire bruyante, nécessitant le débridement immédiat, et même la résection de drainage du foyer.

II. — D'autres interventions sont moins urgentes, mais logiques et nécessaires. Nous avons en vue surtout l'évolution d'un foyer de tuberculose chirurgicale important, soit par la valeur physiologique de l'organe lésé (rein), soit par sa tendance rapidement envahissante (certaines ostéo-arthrites).

Les observations publiées de néphrectomie chez des tuberculeux mixtes, interventions suivies de régression du foyer pulmonaire, montrent l'importance de la suppression du rein tuberculeux. Cette opération, qui ne s'impose pas avec une urgence immédiate, peut sans doute être différée de quelques jours ou de quelques semaines, dans l'espoir de profiter d'une amélioration momentanée de l'état pulmonaire ; mais elle reste inéluctable, et doit être faite dans des délais encore assez limités. Il faut opérer dès que l'intervention paraît devoir être supportée par le malade.

Il en est de même de la suppression de tout foyer, même articulaire, avec grosse infiltration fongueuse,

fistules, évoluant rapidement, toutes les fois que ce foyer est extirpable en masse. Parfois, il s'agit d'un foyer principal dans une tuberculose à localisations multiples : on peut avoir alors l'heureuse surprise de voir après sa suppression une cicatrisation rapide des lésions concomitantes de moindre importance, et même la guérison du foyer pulmonaire.

III. — Enfin, certaines opérations peuvent et doivent attendre.

Nous ne parlons pas des petites suppurations que certains auteurs (Jacquemain, Pierre Bourgois, etc...) auraient tendance à respecter, comme bienfaisantes pour la lésion pulmonaire (petites ostéites, spina, fistule anale). Au sujet de celles-ci l'avis des phtisio-logues et des chirurgiens est assez partagé. Il nous semble logique qu'on n'ait aucun intérêt à les curet-ter ou à les supprimer, tant que l'état général est déficient et qu'elles restent un élément accessoire dans le tableau clinique.

Nous avons surtout en vue les grosses interven-tions de consolidation (greffes, résections) ou de cor-rection (ostéotomies). Il est évident que pour de telles interventions on ne saurait trop attendre. Déjà chez les osseux purs, les chirurgiens n'interviennent qu'à une période éloignée de tout processus évolutif, loin de toute poussée de baccillémie, et sur des sujets apy-rétiques. A plus forte raison faudra-t-il tenir compte ici de l'évolution clinique et radiologique de la lésion pulmonaire. En dehors de l'état local, qui doit être

satisfaisant, il faut être très sévère sur ces interventions qui n'impliquent pas d'urgence et n'opérer qu'après un avis médical favorable.

Malheureusement, les tests d'opérabilité sont bien imprécis. Le moins trompeur paraît être jusqu'ici la normalisation de la feuille de température, quand elle s'accompagne d'une reprise ou d'une stabilisation de l'état général. Les réactions biologiques, malgré les espoirs de leurs auteurs, ne montrent qu'un aspect de la situation et doivent être confirmées par les données cliniques. La réaction de Vernes, dont l'intérêt est très discutable pour le diagnostic de la lésion tuberculeuse, paraît avoir une certaine signification pour juger du degré d'évolution, son abaissement progressif et régulier étant un élément favorable pour l'indication opératoire. Mais en général, et sauf quelques nuances difficiles à interpréter, la réaction de Vernes ne fait que confirmer les impressions recueillies par la clinique et ne peut donc servir que comme argument d'appoint.

L'indication posée, et qu'il s'agisse d'une urgence ou d'une intervention secondaire de consolidation ou de correction, il ne faut pas oublier qu'on a affaire à un sujet particulièrement fragile, et chez qui le traumatisme opératoire, le shock anesthésique risquent de déclencher une poussée évolutive ou une dissémination mortelle. Aussi sera-t-on très attentif à l'examen préalable de l'état général, du foie, du rein. Il faut autant que possible rejeter l'anesthésie par inhalation, et à ce point de vue, les différentes

méthodes d'anesthésie régionale ou locale constituent un progrès certain. Tant que la tension artérielle est bonne, supérieure à 10, la rachi-anesthésie reste pour Richard la méthode de choix, idéale pourrait-on dire, pour toutes les interventions sur le bassin et sur le membre inférieur, et peut même s'employer pour des régions relativement hautes : colonne vertébrale, sein. Si la tension est basse, si l'état général laisse à désirer on s'adressera de préférence à l'anesthésie locale ou, quand elle n'est pas possible, à l'anesthésie générale par l'évipan.

Au cours de l'opération elle-même, il faut multiplier les précautions de douceur. Il faut éviter ces interventions longues, traumatisantes. Il faut opérer vite et choisir des voies d'abord simples, anatomiques, non délabrantes, ne jamais frapper ou traumatiser un foyer osseux ou articulaire, et pour cela rejeter l'usage des instruments brutaux, le marteau à cause de la force vive qu'il met en jeu, la scie électrique à cause de sa trépidation. Il faut préférer des instruments simples, tranchant bien, sans effort. L'hémostase doit être particulièrement soignée, on se trouvera bien des tamponnements au sérum de cheval. En somme, il faut appliquer avec la plus rigoureuse minutie, les préceptes déjà courants de la chirurgie osseuse pure.

Et il va de soi que les soins post-opératoires n'ont pas moins d'importance que la préparation du malade.

Quels sont les résultats qu'on peut attendre des indications ainsi posées ? C'est des rares points sur lesquels nous croyons pouvoir donner une conclusion à peu près sûre : ces résultats sont très encourageants. Si l'on apporte l'attention que nous avons dite à sérier les cas, à attendre l'amélioration au moins momentanée de l'état pulmonaire et de l'état général, on constate que la chirurgie de la lésion externe chez le tuberculeux mixte n'est pas sensiblement plus grave que chez le tuberculeux externe pur. Il est très rare d'observer des poussées évolutives nettement attribuables au shock opératoire. Les simples réactions pulmonaires elles-mêmes sont loin d'être fréquentes. Dans les observations que nous avons étudiées, tant à Berck qu'aux Escaldes et qui ont présenté des complications post-opératoires, ces complications quand elles étaient immédiates sont le plus souvent restées bénignes. Quelquefois, l'histoire ultérieure du malade a montré l'apparition d'une évolution pulmonaire grave : mais il s'agissait alors d'une complication très éloignée, survenant plusieurs mois après l'opération, et dont on ne peut légitimement rendre celle-ci responsable. Dans un seul cas aux Escaldes (obs. n° 25) on a assisté à une reprise évolutive immédiate de l'état pulmonaire, et une complication mortelle quelques mois après. Ce seul cas malheureux sur 31 interventions de toute nature, s'il ne s'explique pas par la simple coïncidence (car la reprise évolutive se voit également en dehors de toute intervention de tout shock trau-

matique), prouve simplement qu'il reste une part d'inconnu dans nos méthodes d'investigations et que nous ne pouvons encore chiffrer très exactement la résistance d'un malade.

La lésion externe guérie, si elle n'entraîne pas régulièrement la guérison de la lésion pulmonaire, supprime au moins un foyer d'infection parfois sérieux, et par là met le sujet dans de meilleures conditions de défense. De là le nombre important d'améliorations qu'on observe dans les mois qui suivent l'opération.

Mais il ne faut pas oublier que, en matière de tuberculose — pulmonaire, osseuse, ou associée, — l'intervention chirurgicale n'est qu'un des éléments du traitement. Celui-ci doit envisager autant le repos, le climat que les différentes indications particulières à chaque cas.

Sans doute peut-on voir des malades guérir loin du climat « idéal », si l'ensemble du traitement a été correct par ailleurs. La cure climatique n'en reste pas moins un très utile adjuvant, dans un traitement assez complexe et qu'on ne peut appliquer avec sa meilleure chance que dans un établissement spécialisé.

La tuberculose mixte et l'armement anti-tuberculeux

Les chapitres précédents nous ont amené aux conclusions suivantes :

— que malgré leur pourcentage restreint, les tuberculeux mixtes demeurent en nombre assez considérable ;

— que malgré l'aggravation forcée du pronostic qui résulte de l'association, les lésions restent éminemment curables ;

— que l'indication climatique, si généralement nécessaire pour les tuberculeux, revêt chez eux une importance capitale et doit être nuancée suivant les lésions.

Nous avons vu combien peut être délicat le traitement de ces malades. La présence d'une lésion chirurgicale transforme du tout au tout les conditions de la discipline et de la surveillance nécessaires. Sans doute quand il s'agit d'une lésion extirpable, le sujet peut être considéré, une fois le foyer supprimé, comme un pulmonaire pur et bénéficier de l'admission dans un sanatorium de pulmonaires. Ce der-

nier suffit également à certaines associations qui n'ont pas d'histoire chirurgicale à proprement parler (péritonite tuberculeuse). Aussi avons-nous surtout en vue dans ce chapitre, les tuberculeux atteints en plus de leurs lésions pulmonaires d'une localisation ostéo-articulaire, suppurée ou non, justiciable d'un traitement chirurgical ou orthopédique et dont on peut espérer la guérison sans mutilation : type mal de Pott, coxalgie, etc... Il est évident que ces cas échappent à toute possibilité de traitement à domicile et ne peuvent relever que d'un établissement spécialisé.

Mais leur lésion pulmonaire leur interdit généralement l'entrée dans les sanatoria spécialisés pour le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire, situés pour la plupart au bord de la mer, en un climat qui leur est nettement contre-indiqué. Certains établissements pour osseux, situés à l'intérieur et qui pourraient à la rigueur, leur convenir, refusent l'admission de malades contagieux. Quant aux sanas pulmonaires, ils ne sont pratiquement jamais outillés pour traiter convenablement leurs lésions externes. On se heurte donc à de nombreuses difficultés toutes les fois qu'on envisage le placement d'un de ces malades. Ces difficultés sont loin d'être théoriques et nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici l'histoire détaillée d'une tentative de placement (1) :

(1) Le dossier administratif de ce malade nous a été aimablement communiqué par la Fédération Mutualiste de la Seine.

St... Eugène. — Il s'agit d'un assuré social qui a été pris en charge pour des lésions du pied gauche, lequel présentait de nombreux abcès incisés et fistulisés, qu'un examen radiologique un peu tardif rattachait plus tard à une ostéite tuberculeuse. Le malade fait, en décembre de la même année, une nouvelle localisation du genou, nécessitant des ponctions et presque simultanément (janvier 1937) une complication pulmonaire.

Dans l'impossibilité de recevoir à domicile les soins nécessaires à son état (il demeure à Aubervilliers dans un logement inconfortable) il demande à être placé dans un centre climatique de cure. Le médecin contrôleur lui rend visite à domicile en juin 1937 ; il le trouve absolument découragé par six mois d'attente, malgré les promesses du Service Social de l'O. P. H. S. dont les efforts sont restés jusqu'ici sans résultats.

La Caisse effectue aussitôt des démarches pressantes pour obtenir son placement et s'adresse aux différents établissements qui paraissent devoir convenir.

AUX ESCALDES, *le malade est refusé, l'établissement ne recevant pas les hommes*. Le médecin-chef nous indique cependant La Solane, à Osseja par Font-Romeu, où il pourrait, nous suggère-t-il, faire suivre le malade pour sa lésion osseuse, par le personnel médical des Escaldes. Des démarches dans ce sens sont faites auprès de La Solane, confirmées télégraphiquement par le Directeur de la Caisse. La Solane refuse, « *n'étant pas outillée pour soigner des mixtes* ».

On tente alors de faire admettre le malade à titre exceptionnel et pour une durée provisoire, dans un sanatorium pulmonaire des environs de Paris, habitué à recevoir des assurés de la Caisse. La demande précise en termes exprès qu'il s'agit d'un tuberculeux mixte. Celui-ci est convoqué à Paris, à la Commission de dé-

part, et, vu l'état de son genou, s'y fait transporter en ambulance. Le lendemain, la femme du malade accourt désespérée à la Caisse : *il a été refusé parce que mixte.*

On s'adresse alors à différents services dans les hôpitaux de Paris, sans trop d'espoir, d'ailleurs. On se heurte à des réponses aussi légitimes que décevantes :

LES SERVICES CHIRURGICAUX *refusent en raison de son état pulmonaire* et aucune intervention chirurgicale ne se trouvant indiquée en ce moment.

LES SERVICES MÉDICAUX *refusent en raison de l'état des fistules et des gros pansements* qu'elles nécessitent.

A force d'insistance on parvient cependant, grâce à l'activité d'une assistante sociale, à obtenir un lit DANS UN SERVICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, où ce n'est vraiment pas la place d'un tel malade. Placement tout provisoire, d'ailleurs, car il y manque d'air et demande à rentrer chez lui.

Enfin on est arrivé à placer le malade dans un sana pulmonaire près de Paris. Là, du moins, il bénéficie d'une nourriture suffisante et d'une aération convenable. Aux dernières nouvelles, on apprend qu'il est enchanté de son séjour : malgré l'état de son genou et de son pied, on l'autorise à se promener à longueur de journée, avec les autres malades valides, en soutenant son membre malade et plâtré avec un étrier de sa confection.

Nous nous excusons d'avoir rapporté dans ses détails cette lamentable odyssée. Mais nous avons tenu à montrer à quelles difficultés concrètes se heurtent toutes les tentatives pour assurer aux malheureux atteints de tuberculose associée un traitement approprié.

prié. Encore celui-ci a-t-il bénéficié, en quelque sorte, de l'appui d'un organisme important tel que la Fédération Mutualiste et de l'insistance d'un jeune médecin-contrôleur piqué au jeu. Et les observations analogues sont loin d'être rares et nous en rapportons plus loin quelques-unes. (Obs. 21, 32, 45, 52, 53, 54. Escaldes).

Nous avons essayé de mener une enquête sur les ressources actuelles de l'armement anti-tuberculeux en nous plaçant spécialement au point de vue des lésions associées. Nous nous sommes pratiquement limité aux possibilités de traitement des malades de la région parisienne et notre enquête essaie de répondre à peu près à cette question : quelles sont les ressources que l'organisation actuelle exploitée au mieux met à la disposition d'un médecin désireux de soigner un ostéo-articulaire, type coxalgique, atteint par ailleurs d'une lésion pulmonaire évolutive ou seulement suspecte.

Pour cela nous avons tout d'abord étudié le jeu normal des consultations et des admissions dans les hôpitaux parisiens et les établissements satellites et suivi le sort des malades depuis le jour où ils se présentent à l'hôpital.

Nous nous sommes adressé d'une part au Comité National de la lutte contre la tuberculose, qui nous a communiqué une liste des Sanatoria inscrits comme convenant au traitement des tuberculoses mixtes et recevant les malades de cette catégorie ; — d'autre

part, à la Fédération Mutualiste de la Seine qui, pour la fréquence des cas à placement difficile, a bien voulu s'intéresser à notre travail, nous ouvrir largement ses dossiers et nous indiquer quelques établissements auprès desquels des démarches peuvent être tentées.

A tous les établissements qui nous ont été signalés de part et d'autre, nous avons écrit, soit directement, soit en nous recommandant de la F. M. S. ou en son nom. Pour certains d'entre eux, malheureusement rares, qui nous ont paru plus intéressants, nous avons tenu à avoir une documentation plus complète par une visite personnelle.

Voici les résultats de notre enquête :

A Paris, les malades atteints de tuberculose chirurgicale sont en principe dirigés sur Berck, soit pour leur traitement, soit pour leur convalescence, après vérification de leur état pulmonaire. Sont éliminés ceux présentant des lésions pulmonaires évolutives ou suspectes. Et malgré ce triage, fait par une Commission spéciale de contrôle, nous avons vu que Berck a renvoyé 24 malades pour contre-indication du climat et *cela dès leur arrivée*. Il nous paraît difficile de supposer dans ces cas une éclosion de tuberculose pulmonaire durant le bref intervalle qui sépare le passage devant la Commission de contrôle et l'arrivée à l'Hôpital Maritime. Il nous paraît également difficile de suspecter la qualité du triage à deux degrés, puisque les malades proposés pour

Berk ont déjà été sélectionnés par les chefs de service des hôpitaux parisiens. Il est plus que probable que le contrôle se fait sciemment plus indulgent devant la difficulté de placement des malades suspects. On recourt alors à Berck comme à un compromis thérapeutique. A Berck même, d'ailleurs, nous avons pu lire, sur au moins deux observations d'association pulmonaire secondaire, des réflexions comme celle-ci : « Devrait être renvoyé, mais à garder, sera mieux ici que chez lui ». Réflexions qui, mieux que toutes les enquêtes sociales, soulignent l'embarras des chefs de service et la navrante insuffisance de notre organisation.

Quand le malade présente, soit manifestement, soit après contrôle, des lésions incompatibles avec la cure héliomarine, la situation se complique en effet terriblement, et les chefs de service sont unanimes à déplorer l'absence totale d'organisation prévue pour ces cas. L'indication chirurgicale proprement dite (ponction d'abcès, résection, etc...), si elle se trouve alors posée, permet un temps d'haleine, le malade est provisoirement hospitalisé, en même temps qu'est produite sa demande de placement dans les hôpitaux sanatoria des environs de Paris, Brévannes, Bicêtre, etc... Inutile de dire que la demande de placement n'a pas toujours le résultat immédiat que l'on souhaiterait, et tous les stagiaires qui ont fréquenté les services parisiens connaissent ces lits devant lesquels on ne s'arrête pour ainsi dire jamais, ou seulement le temps pour que la surveillante renseigne : « C'est

le genou qui attend son placement... ». D'autres fois cette attente est remplie par des expédients singulièrement irrationnels : tel le cas de ce malade qui, aussitôt posé le diagnostic de mal de Pott cervical, fut envoyé en attente... à la Maison de Convalescence de Saint-Maurice avec son corset plâtré !

Mais l'on ne saurait demander à l'indication chirurgicale de se présenter toujours avec un tel opportunisme, et combien de fois avons-nous surpris l'expression découragée de nos patrons pour des malades de consultation pour lesquels ils ne pouvaient rien, *mais vraiment rien* ! Alors suivant l'état des malades, les lits disponibles, un peu au petit bonheur, on hospitalise, on refuse, on fait appel à l'Assistante sociale. En attendant, — *nous n'inventons rien* — un malade encore jeune atteint de paraplégie pottique complète, mais curable, d'une petite lésion pulmonaire évolutive mais curable, se voit contraint de se faire soigner à domicile dans les conditions que l'on imagine, — et cela à cette période de son évolution qui demande peut-être les soins les plus attentifs, la plus stricte surveillance, la plus sévère discipline pour sa nouvelle éducation d'allongé.

Et ces cas ne sont malheureusement pas rares.

Enfin après un délai plus ou moins long, plus souvent long, la demande de placement aboutit pour un des établissements suburbains, dont le choix a été le plus souvent dicté par des raisons administratives ou par les disponibilités. La réputation de ces

hôpitaux-sanatoria de banlieue est en général assez fâcheuse pour le pronostic des malades qui y sont admis et le pessimisme perce dans la présentation de leurs statistiques aux Sociétés Savantes (1). Sans doute faut-il tenir compte de la gravité fréquente des cas qu'on leur envoie. Sans doute aussi ne saurions-nous affirmer que des conditions plus rationnelles de traitement permettraient à coup sûr un plus grand nombre de guérisons. Mais nous croyons pouvoir affirmer que les conditions de traitement n'y sont pas aussi rationnelles qu'on le voudrait et que l'énergie des chefs de service s'y épuise contre des impossibilités matérielles.

Nous avons étudié le cas spécial de Brévannes (2). Dans cet établissement, on a rassemblé les tuberculeux mixtes dans des salles situées au rez-de-chaussée d'un des pavillons. Mais ces salles ne leur sont pas *officiellement et explicitement consacrées* et l'administration, quand elle a besoin de lits, exige qu'on y place des pulmonaires purs. Inconvénient léger en apparence, mais qui nous paraît d'une importance primordiale, car il suffit pour faire de ces salles non pas un lieu de traitement de tuberculoses associées, *mais un sana de pulmonaires où l'on reçoit aussi des tuberculoses associées*. D'où un changement total d'esprit dont voici, selon nous, les plus graves conséquences :

(1) Cf. Pierre BOURGEOIS et M. LEBEL, in *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 4 décembre 1936.

(2) Qu'il nous soit permis de remercier ici M. Pierre BOURGEOIS pour l'accueil qu'il a bien voulu nous faire dans son service.

1° *Discipline impossible* à obtenir de la part des malades. Tout le monde sait les soins jaloux que les sœurs pour malades osseux bien organisés apportent à distinguer entre les immobilisés et les marchants, entre un mal de Pott et une arthrite du coude. L'allongé supporte mal l'immobilisation, s'il voit ses camarades aller et venir librement.

2° *Dépression morale des allongés* résultant du sentiment constant de leur invalidité, en présence de pulmonaires en bonne santé apparente, dépression dont tous les chefs de service et toutes les surveillantes connaissent l'intérêt.

3° *Impossibilité*, pour le chef de service *d'exiger* de l'administration le *personnel infirmier et l'outillage nécessaire*. Pratiquement, il n'existe à Brévannes aucune organisation, ni de matériel, ni de personnel qui permette d'y soigner des osseux, et l'on s'étonne, pour qui a vu les nécessités élémentaires de ce genre de malades, de trouver l'administration si hésitante, si parcimonieuse à les satisfaire :

— absence de galeries de cure attendant aux salles destinées aux allongés ;

— absence de lits chariotables, gouttières, matelas ;

— personnel infirmier insuffisant et manifestement non entraîné pour soigner des osseux (1), d'où impossibilité matérielle d'une surveillance suffisante ;

— personnel médical mal secondé, pas toujours

(1) Etonnement d'une infirmière à laquelle un nouvel interne demandait de couper un plâtre.

bien compris du personnel infirmier, d'où des retards parfois excessifs à tous les temps indispensables au traitement ; examens radiographiques, confection ou remplacement des appareils plâtrés, etc..., et cela malgré les efforts et les réclamations du chef de service auprès de l'administration.

Et si vraiment dans l'esprit de celle-ci, ces quelques salles de Brévannes étaient destinées aux mixtes autrement que comme un pis-aller, il est probable qu'elle ferait l'effort nécessaire pour leur organisation. Nous croyons savoir d'ailleurs qu'un projet est à l'étude, en vue soit de créer un pavillon spécial à Brévannes, soit d'y aménager les locaux existants pour en obtenir un meilleur rendement, projet déposé par le chef de service actuel qui espère le voir aboutir. Il est hors de doute que la réalisation d'un tel programme constituerait dans cette question des tuberculoses associées un réel progrès.

Nous n'avons pas étudié en détail les autres établissements suburbains (Bicêtre, Chevilly, etc...), mais tout nous porte à croire que les malades y sont soignés dans des conditions à peu près identiques.

Quelles sont maintenant, les ressources offertes par les établissements de province pour le placement de ces malades ?

Une première double impression se dégage de notre enquête :

— la rareté des établissements qui acceptent de soigner les tuberculoses associées ;

— l'extrême imprécision de certaines réponses, qui montre bien que toutes les fois que le problème s'est trouvé posé, il n'a reçu que des solutions particulières, momentanées.

A la vérité pour beaucoup des établissements consultés nous nous doutions que la réponse serait négative, ces établissements étant donnés à l'avance comme des sanas pour tuberculeux pulmonaires purs. Beaucoup d'ailleurs n'ont pas répondu et les réponses qui nous sont parvenues, tout en confirmant notre impression première, ne nous ont guère renseigné, ou fort mal, sur leurs habitudes quant à l'orientation éventuelle d'un tuberculeux faisant en cours de traitement une localisation chirurgicale.

Voici quelques-unes de ces réponses :

SANATORIUM DE BLIGNY. — Ne soigne que des tuberculeux pulmonaires.

SANATORIUM DES CHEMINOTS (Ris-Orangis). — Soigne *exceptionnellement* des tuberculeux mixtes, ceux-ci étant suivis à Paris pour lésions osseuses.

SANATORIUM DE GRIGNY. — Ne reçoit pas de tuberculeux mixtes (1).

SANATORIUM DU LAC-BLANC (Haut-Rhin) (récemment ouvert, et destiné aux tuberculoses externes.) — Reçoit effectivement des mixtes, mais seulement des enfants et à la *condition qu'ils ne soient pas contagieux* (!).

SANATORIUM D'AUBURE. — Reçoit *presque toujours*

(1) C'est par exception qu'il a reçu le malade dont nous avons parlé.

des pulmonaires purs, les malades mixtes sont dirigés vers une « station spécialisée » (sans autre précision).

SANATORIUM D'HAUTEVILLE. — Les malades sont triés à l'arrivée, ceux présentant des lésions externes sont dirigés sur les Escaldes. Cet établissement nous indique un début d'organisation à Briançon, sous la direction de Mme Luttigneaux, ancien médecin-assistant de Zuyddecote et d'Hauteville.

Mme Luttigneaux, à qui nous avons écrit sur l'indication précédente, a bien voulu nous confirmer ses projets et nous faire parvenir quelques observations.

Remarquons la quasi-unanimité des réponses. Pour la plupart des établissements, le tuberculeux mixte est un objet encombrant, ou bien n'est pas reçu, ou bien n'est reçu qu'à des conditions contradictoires comme le défaut de contagion, ou bien est soigné dans des conditions qui révèlent une bonne volonté évidente, mais n'en restent pas moins pénibles pour le malade et assez compromettantes pour le résultat final (transport à Paris pour les malades de Ris-Orangis qui ont besoin d'une consultation ou d'un remplacement d'appareil). Que deviennent les malades déjà admis et qui font une association secondaire en cours de traitement ? On ne sait pas : bien heureux encore quand l'établissement qui les renvoie a une ligne de conduite arrêtée, prévue à l'avance pour leur orientation.

Nous pensions avoir des renseignements plus précis par le Comité National de la lutte contre la Tu-

berculosé. Ce dernier nous a indiqué comme recevant et soignant des tuberculeux mixtes, les établissements suivants :

ALTEMBERG (Haut-Rhin) ;

SANATORIUM DES NEIGES, à Briançon ;

GORBIO ;

ODEILLO ;

LARESSORE ;

LES ESCALDES.

Les réponses qui nous sont parvenues de ces établissements, exception faite pour les deux derniers, sont en général décevantes.

ALTEMBERG. — « Nous n'acceptons qu'un nombre très limité de mixtes... ».

SANATORIUM DES NEIGES, à Briançon. — Ne reçoit des mixtes qu'à titre tout à fait *exceptionnel* et à la condition que leurs lésions n'exigent pas l'immobilisation complète.

GORBIO. — Se reconnaît, en effet, comme en partie destiné aux mixtes, mais ajoute que son équipement et son aménagement sont insuffisants pour des cures d'immobilisation (Pott, coxalgie). Le climat, d'ailleurs, ne conviendrait pas à toutes les formes pulmonaires et conviendrait particulièrement aux formes Fernet-Boulland.

ODEILLO. — Ne prend que des osseux purs. Il y arrive pourtant un certain nombre de tuberculeux mixtes que l'on garde ou non suivant l'état de leurs lésions et bien que le sanatorium ne soit pas outillé pour soigner des pulmonaires.

LARRESSORE. — Accepte ce genre de malades à la condition qu'ils soient curables ou tout au moins améliorables, mais ne dispose que d'un nombre très limité de lits.

LES ESCALDES, enfin, acceptent les malades mixtes. La section osseuse organisée il y a 3 ou 4 ans a régulièrement fonctionné jusqu'ici avec de bons résultats, mais après essai, des raisons de discipline ont fait décider de ne plus admettre que des femmes. Pour les hommes, la direction nous a indiqué LA SOLANE, à Osseja, établissement destiné aux pulmonaires, mais qui pourrait, à la rigueur, accepter des tuberculeux mixtes : ceux-ci seraient suivis pour leurs lésions extra-pulmonaires par le personnel médical des ESCALDES. Enquête faite, LA SOLANE ne prend *décidément* que des pulmonaires purs, n'étant guère outillée pour les tuberculoses osseuses : manque de cure d'insolation ; impossibilité de transporter les malades couchés, installation radiologique insuffisante pour des radiographies osseuses. Et la réponse nous suggère de nous adresser... au Docteur Capelle, c'est-à-dire à ODEILLO, dont nous avons vu plus haut la situation.

En somme, sur 6 établissements donnés par le Comité National de la Lutte contre la Tuberculose, organisme officiel, comme officiellement préparés au traitement des tuberculeux mixtes :

quatre refusent ou sont réticents ;

deux acceptent et sont effectivement outillés,
mais limitent administrativement les conditions d'admission des malades.

On voit donc la décevante conclusion de notre enquête puisque après six mois de recherches,
dans les hôpitaux de Paris ;
au Service Social de l'Hôpital ;
à la Fédération Mutualiste de la Seine ;
et par l'intermédiaire de celle-ci à la Caisse
interdépartementale,

nous sommes simplement parvenu à retrouver deux établissements qui, d'ailleurs, nous étaient déjà connus. Encore ces établissements ne sont-ils réservés qu'aux adultes, et il est lamentable de penser qu'il n'existe pas en France un seul sanatorium destiné aux enfants atteints de tuberculose associée (dont une trentaine végètent dans un service de médecine générale à Brévannes). Sans doute, nous n'avons pas prospecté toute la France, mais la question reste entière et si quelque établissement nous a échappé, à plus forte raison échappera-t-il au médecin praticien désireux de placer un malade. Il existe vraisemblablement quelques établissements privés, mais ils sont de peu d'importance, donc selon toute vraisemblance, peu outillés, ne sont pas connus des médecins ni reconnus par les organismes officiels. Et qu'arrivera-t-il dans la réalité concrète. ? Il est triste de penser qu'à chaque nouveau cas qui se présente, le médecin soucieux de bien faire doit recommencer ou faire faire à son malade, dans l'espoir d'une solution particulière les démarches que nous avons faites nous-même. Les réponses n'arrivent pas ou arrivent lentement et déçoivent, jusqu'au jour où l'un et l'autre

tre accepteront comme une aubaine un compromis désastreux, comme ce fut le cas pour l'exemple cité plus haut. D'où ce résultat final :

Pour le malade, perte d'un temps précieux, absence de soins et de toute continuité possible dans le traitement ;

Pour le médecin : découragement définitif au bout de quelques tentatives, c'est-à-dire l'habitude de considérer un tuberculeux mixte comme un incurable.

*
**

Les raisons profondes de ce défaut d'organisation nous paraissent surtout d'ordre psychologique et semblent devoir se ramener à trois principales :

1°. — L'impression que la rareté des T. mixtes ne légitime pas un effort de grande envergure spécialement destiné à leur cas.

Nous avons, plus haut, donné des chiffres qui infirment cette manière de voir. Les tuberculeux mixtes sont rares en effet par rapport à l'ensemble de la population tuberculeuse, rares aussi parce qu'ils sont disséminés. En réalité, leur nombre serait suffisant s'ils étaient convenablement drainés et rassemblés. Il serait peut-être encore beaucoup plus considérable si, à ceux présentant des lésions pulmonaires déclarées et évolutives, on ajoutait ceux, plus nombreux peut-être, qui présentent simplement une certaine fragilité pulmonaire, un état suspect, si léger soit-il, qui inclinerait à éviter pour eux la cure héliο-marine.

Beaucoup d'ostéo-articulaires sans doute, surtout parmi les adultes, présentent de ces lésions pulmonaires discrètes, inaccessibles à la clinique, peu accessibles à l'examen radiographique et qui se traduisent seulement par une impression, soit par un mauvais comportement dans un climat trop vif. C'est sans doute parmi de tels sujets que se recrutent plus tard un grand nombre de tuberculeux mixtes.

2°. — L'hésitation qu'on éprouve à envisager, sans être sûr de pouvoir le mener à bien, un traitement très long, difficile et complexe. Celui-ci demande la collaboration active de trois spécialistes au moins, qu'on voit rarement ou qu'on ne voit jamais réunis dans le même établissement : le phtisiologue, l'orthopédiste, le chirurgien.

3°. — L'habitude inconsciemment prise par les médecins de considérer les tuberculeux mixtes comme dans un état très grave et pratiquement au-dessus des ressources de la thérapeutique. Dans l'esprit de beaucoup, le placement n'est qu'un moyen, non pas certes de se débarrasser du malade, mais d'assurer à celui-ci les conditions minima d'existence en attendant l'évolution fatale des lésions, quitte à se réjouir ensuite si cette évolution a été heureuse. Ce pessimisme explique et est entretenu par les statistiques décourageantes auxquelles nous faisons allusion plus haut. Il est assez général chez les médecins et se rencontre même chez les phtisiologues. Nous avons

le souvenir récent d'un malade jeune (30 ans) que nous présentions à l'assistant de consultation du centre de triage de tuberculeux dans un hôpital parisien; il était porteur d'une tuberculose pulmonaire bilatérale, évidemment sévère, d'un spina du cinquième doigt et d'un Pott dorsal fermé avec un état général très satisfaisant, pas de fièvre, pas de signes fonctionnels. Et comme nous demandions son placement à Brévannes, on nous conseilla, avec un désintéressement pénible, de le faire admettre... dans un service de chroniques, à Paris.

Il est certain que la tuberculose associée est une chose sérieuse, puisque les statistiques font état d'un nombre de décès qui varie entre 40 et 75 %. Ces chiffres sont impressionnants, mais n'oublions pas qu'ils émanent de ces établissements de banlieue dont nous avons dit à la fois et le mauvais outillage et le recrutement particulier et qu'il reste malgré tout 25 à 60 % de malades qui guérissent, et cela malgré le découragement des médecins, malgré le placement tardif, les soins irréguliers, l'absence totale d'organisation des centres de cure, bref dans un état moins qu'embryonnaire de l'organisation désirable.

Et puisque l'association des lésions n'ajouté rien suivant les uns, ni à la gravité, ni à la malignité des cas, puisque, suivant les autres, la lésion pulmonaire, si fâcheuse soit-elle n'est ni plus, ni moins curable que si elle était pure, nous croyons que les tuberculeux mixtes ont droit aux mêmes efforts que les autres. Et nous ne saurions mieux faire que de citer ici

les conclusions d'une communication récente à la Société d'Etudes Scientifiques :

« Ces malades sont difficiles à soigner dans nos services, leurs lésions externes nécessitent parfois des pansements longs et méticuleux pour lesquels les services de médecine sont mal outillés. Leurs lésions pulmonaires leur ferment les portes des services de chirurgie. Ces malades auraient besoin en réalité d'un service spécialisé où la collaboration médico-chirurgicale trouverait un champ fécond d'activité. Par ailleurs, un certain nombre de ces malades bénéficieraient de la cure d'altitude. Or, actuellement, presque aucun sanatorium ne les accepte. Nous croyons qu'il y a là une lacune de notre armement, d'autant plus que ces malades, nous l'avons vu, ont *autant de chances de guérison que les pulmonaires exclusifs* (1). Il n'y a pas de raison pour les maintenir indéfiniment dans un lit d'hôpital, urbain ou suburbain, d'autant que maintenant dans les centres d'altitude la collaboration médico-chirurgicale est presque partout réalisée. Ces malades doublement touchés méritent un redoublement de notre sollicitude ». Et. Bernard, S. Thieffry et R. Lesobre, Rev. de la Tuberculose, déc. 1936). Et dans une autre communication à la même séance : « *Or, ces malades, dont le nombre n'est pas négligeable, sont le plus souvent essentiellement curables* (1). Ces notions, dont le bien-fondé a été prouvé par l'exemple de Leysin... etc. » (Et. Bernard, G. Dreyfus-Sée et Herrenschmidt). Et

(1) C'est nous qui soulignons.

les auteurs déplorent l'insuffisance de notre organisation.

Ainsi, ni la rareté des cas, ni leur gravité, ni la complexité du traitement, ne nous paraissent des raisons suffisantes pour différer davantage la solution de ce problème. Il semble d'ailleurs qu'il commence à préoccuper l'Assistance Publique. « Il faudrait donc avoir plus de débouchés pour les enfants de 4 à 15 ans où pourraient être traités également les tuberculeux pulmonaires présentant des manifestations extra-pulmonaires ». Rev. Médico-Sociale, mai 1937. « Le service social à l'hôpital », d'après le rapport de M. de Fontenay. Nous nous associons pleinement à ce souhait : disons seulement que nous le voudrions plus large encore et qu'il étendît son bienfait aux adultes, aussi nombreux, aussi curables, aussi délaissés que les enfants.

*
**

Voyons maintenant dans quel sens on doit rechercher la meilleure solution du problème.

En premier lieu, il nous paraît indispensable d'envisager des solutions radicales et non des demi-mesures, celles-ci restant toujours plus ou moins boiteuses, risquent à la longue de devenir inefficaces et de compromettre par la même l'effort qui les a inspirées.

Parmi les solutions à rejeter, il en est une qui a été suggérée par quelques-uns et qui nous paraît pré-

senter ces dangers au maximum : c'est celle qui consisterait à réserver dans des sana pour pulmonaires quelques lits pour les tuberculeux mixtes. On voit tout de suite l'insuffisance d'une telle proposition : ceux-ci en nombre forcément restreint n'arriveront jamais à remplir l'activité d'un chirurgien ou d'un orthopédiste. A la vérité les progrès actuels de la chirurgie pulmonaire pourraient à la rigueur combler une grande partie de cette activité et on pourrait concevoir un chirurgien s'occupant également des interventions thoraciques, des interventions osseuses et de chirurgie générale et d'orthopédie. Mais une telle reclassification des spécialités n'est pas encore entrée dans les mœurs et la chirurgie pulmonaire reste encore une spécialité à part.

Quoi que l'on fasse, ces établissements ne seront pas outillés ni au point de vue matériel, ni au point de vue du personnel infirmier ou même médical pour soigner de tels malades. Ces derniers risqueraient donc d'y demeurer indéfiniment sans autrement attirer l'attention que les classiques « pilons » des hôpitaux parisiens. Et quelle que soit la volonté du chef de service, il préférera donner un lit disponible au malade qui l'intéressera davantage, pour qui il se sentira plus utile.

Et ces exemples ne manquent pas qui illustrent cette insuffisance forcée des sana pulmonaires :

Entre autres observations (N^{os} 21, 32, 45, 52, 53, 54, Escaldes) en voici deux particulièrement frappantes.

Obs. 32. — Escaldes.

Une pulmonaire soignée en sana présente, cinq mois après son arrivée, des douleurs lombaires — non diagnostiquées, *ni radiographie, ni traitement* (frictions pour lumbago), trois mois plus tard, apparition d'un abcès déjà fusé dans le scarpa droit ; la malade est renvoyée *trois mois après l'apparition de l'abcès*, à Paris, pour se faire ponctionner.

Obs. 52. — Escaldes.

Association de tuberculose pulmonaire et de mal de Pott, presque simultanée. Après un traitement de 18 mois, la malade reprend une vie normale.

Réveil pulmonaire 3 ans après, nécessitant sa rentrée en sanatorium. Pendant le séjour, réveil du foyer potitique, celui-ci pendant 2 ans n'est l'objet *d'aucun traitement*, la malade reste debout, malgré les douleurs, l'extention radiographique des lésions vertébrales n'est pas contrôlée à ce moment. Mais on finit par renvoyer la malade à Paris, pour lui faire subir une greffe osseuse, qui se trouve à ce moment contrindiquée par l'état du poumon.

Il serait certainement plus facile d'avoir dans un sanatorium pour osseux quelques lits pour les tuberculeux mixtes, puisque les uns et les autres ont besoin de la même surveillance de leur état pulmonaire. Malheureusement les établissements destinés aux osseux sont rarement situés dans un climat favorable aux pulmonaires.

Une deuxième solution à écarter serait de transformer certains sana pulmonaires actuellement exis-

tants en sana spécialisés pour mixtes. Sans doute les modifications architecturales nécessaires (galeries de cures, circulation de malades immobilisés, etc.) pourraient y être apportées. Mais il ne faut pas oublier que ces sana pour pulmonaires, s'ils sont en nombre suffisant, sont, la plupart du temps, fort encombrés, comme le prouve trop la longue attente des malades avant leur placement, leur trop bref séjour avant la consolidation de leur guérison et aussi la sévérité, suivant le pronostic des conditions d'admission. Il serait donc difficile d'en désaffecter quelques-uns.

Aussi le mieux serait-il, croyons-nous, de créer de toutes pièces l'organisation nécessaire, puisqu'aussi bien elle est pratiquement inexistante. Celle-ci consisterait en quelques établissements peu nombreux (trois ou quatre seraient sans doute suffisants), mais répondant aux conditions suivantes :

1° Ils seraient situés généralement à l'intérieur ou dans certaines régions du Midi, en un climat de plaine ou d'altitude ; le mieux serait de choisir trois ou quatre climats légèrement différents pour pouvoir répondre à toutes les indications ;

2° Ils seraient ouverts à tous les malades présentant des lésions pulmonaires et extra-pulmonaires associées et aux tuberculeux chirurgicaux simplement suspects de lésions pulmonaires. Les distinctions d'âge, de sexe, d'évolutivité, de contagion, n'interviendraient que pour la répartition des malades à l'intérieur de l'établissement ;

3° Ils seraient *explicitement et officiellement* consacrés *d'abord* aux T. mixtes et aux suspects et n'accepteraient de pulmonaires exclusifs qu'à titre secondaire de complément dans la mesure des lits disponibles et sous la réserve que leur règlement intérieur permette l'application d'une stricte discipline.

Cette consécration officielle nous paraît indispensable pour que le chef de service puisse exiger de l'administration compétente le personnel infirmier et l'outillage nécessaires. Indispensable aussi pour que dans l'esprit des médecins praticiens, l'établissement soit classé comme destiné aux T. mixtes afin d'éviter des démarches inutiles et du temps perdu.

4° Bien entendu, ils seraient organisés selon les besoins des malades qu'on leur confie. Nous n'insisterons pas sur la nécessité d'une collaboration médicale, chirurgicale et orthopédique, sauf pour dire qu'elle sera rendue possible par la centralisation des malades ;

5° Complétant cette organisation fondamentale, il serait utile d'envisager la création pour chaque grande ville d'un service urbain ou suburbain qui pourrait être installé dans un des hôpitaux urbain ou suburbain déjà existants. Les conditions d'admission dans ces services seraient exactement les mêmes que pour l'organisation hospitalière en général. Les chefs de consultation y orienteraient automatiquement leurs tuberculeux mixtes ou suspects qui y recevraient leurs premiers soins en attendant un placement qui ne

saurait être lent à venir. Ces services ne doivent pas se considérer comme destinés aux incurables. Au contraire, ils devraient être animés d'un esprit actif, entreprendre le traitement nécessaire et orienter le malade le plus rapidement possible vers les centres climatiques correspondant à leur état.

Sans doute, une telle organisation nécessiterait un effort financier assez considérable. Peut-être celui-ci pourrait-il être envisagé en accord avec certaines institutions dont c'est le rôle d'aider les malades ou dont c'est l'intérêt de les voir guérir dans le minimum de temps.

OBSERVATIONS

I. — Hôpital Maritime de Berck

Obs. 1. — D... Françoise.

Agée de 45 ans, ayant eu dans ses antécédents une pleurésie séro-fibrineuse, arrive à Berck en août 1928 pour un mal de Pott lombaire avec abcès lombaire droit fistulisé.

D'avril 1929 jusqu'en août 1930, fait une série d'abcès froids qui fistulisent.

De plus, elle a un adénome kystique thyroïdien, opéré en novembre 1930.

Quitte Berck pour climat contrindiqué.

Obs. 2. — Le H... Robert.

Agé de 19 ans.

Arrive à Berck en mars 1929, pour un mal de Pott avec abcès lombaire droit. Puis il fait une succession de nouvelles localisations, pied, épaule avec abcès qui fistulisent.

Août 1931 : Altération de l'état général et la radio pulmonaire montre des lésions bilatérales discrètes contrindiquant le climat marin.

Obs. 3. — V... Urbain.

Agé de 29 ans.

A fait depuis février 1928 : une congestion pulmonai-

re, un abcès froid du Scarpa fistulisé, un abcès de la fesse incisé et fistulisé (Pott lombaire).

Arrive à Berck en octobre 1929.

Mai 1930 : L'état général décline, il fait une complication rénale et pulmonaire nécessitant son départ, qui s'effectue 1 an plus tard.

Obs. 4. — T... Robert.

Agé de 30 ans, ayant fait, à l'âge de 16 ans, une épидidymite droite fistulisée, et à 25, une adénite cervicale fistulisée.

Arrive à Berck en janvier 1931 avec une épидidymite gauche fistulisée que l'on opère en février.

Quatre mois plus tard il fait une complication pulmonaire qui nécessite son renvoi.

Obs. 5. — B... Adélaïde.

Agée de 42 ans.

Présente à son arrivée, en mai 1930, un mal de Pott de l'enfance réactivé avec un abcès lombaire gauche fistulisé et une ostéo-arthrite du pied gauche.

Son état général est mauvais et elle fait après un an de séjour, en mai 1931, des petites hémoptysies. Bien que la radiographie soit négative, les signes congestifs et fonctionnels contraindiquent le climat marin.

Obs. 6. — K... Leda.

Malade âgée de 28 ans, arrive à Berck en mai 1934, avec un mal de Pott dorso-lombaire ancien réactivé : abcès iliaque, puis latéro-vertébral.

Quelques mois plus tard, la greffe peut être pratiquée et la malade est renvoyée parce qu'elle réagit mal au climat marin : bronchites à répétition.

Obs. 7. — R... Eugène.

Malade âgé de 18 ans, arrive à Berck en juillet 1931, pour une tuméfaction du genou, mais dès son arrivée, il fait des hémoptysies et on diagnostique une tuberculose pulmonaire nécessitant son renvoi immédiat.

Obs. 8. — B... Bernard.

Agé de 24 ans, présente à son arrivée à Berck, en juin 1931, un abcès froid costal gauche et un spina de la main droite, ainsi que des signes nets de condensation pulmonaire au sommet droit.

En décembre 1931, on fait un examen des crachats striés de sang, qui montre la présence de bacilles de Koch.

Le malade est renvoyé.

Obs. 9. — F... Anatole.

Agé de 24 ans, présente à l'arrivée, en avril 1932, une ostéite tibiale avec abcès fistulisé, une épидидymite, les deux lésions d'étiologie incertaine (tuberculose ou spécificité ?).

Puis en septembre 1932, apparaît un foyer dorsal avec fuseau, et nombreuses réactions périostées.

Mais en novembre 1932 : localisation pulmonaire, signes radiographiques d'infiltration du poumon droit.

Le malade est renvoyé.

Obs. 10. — L... Marie.

Agée de 38 ans arrive à Berck, en mars 1932, avec un mal de Pott lombaire sans abcès.

Son état général est mauvais. Elle présente une température à grandes oscillations et une laryngite.

La radiographie pulmonaire montre des signes importants qui imposent son renvoi immédiat.

Obs. 11. — M... Blanche.

Agée de 28 ans.

Ayant fait, en octobre 1930, un abcès fessier droit.

Arrive à Berck en mars 1931, pour une sacro-coxalgie droite avec abcès fessier fistulisé.

En avril 1931 : spina du gros orteil fistulisé.

En décembre 1931 : résection de drainage.

En mars 1932 : l'état général est médiocre et on pratique une radio montrant des lésions pulmonaires du sommet gauche et de la base droite ; un examen des crachats qui décèle la présence de B. K. et nécessitant le renvoi immédiat.

Obs. 12. — B... François.

Agé de 15 ans. Arrive à Berk en août 1931, avec un abcès costal fistulisé ayant débuté en mars 1929.

Une résection large est faite en décembre 1931.

En juillet 1932 apparaissent quelques troubles pulmonaires : points de côté, signes stéthoscopiques de congestion pleuro-pulmonaire, température le soir avec altération de l'état général.

En décembre 1932, bien qu'il ne soit précisé aucune atteinte parenchymateuse évolutive, le malade est renvoyé.

Obs. 13. — B... Marie-Thérèse.

Agée de 23 ans. Anciennement opérée pour lésions annexielles, arrive en décembre 1931 avec une articulation sacro-iliaque suspecte dont on pratique une arthrodèse en juillet 1932. Une adénite inguinale fistulisée, une adénite sus-claviculaire et sus-sternale.

En août 1932 : on fait le diagnostic d'un Pott dorsal.

En même temps apparaissent des signes cliniques pul-

monaires et malgré le peu de signes radiographiques (voile du sommet), la malade est renvoyée pour climat contrindiqué.

Obs. 14. — D... Robert.

Agé de 21 ans. Arrive en août 1931, avec des localisations multiples fistulisées, ayant débuté en 1930.

On pratique, en juillet 1931, une amputation de cuisse.

En décembre 1931, il présente des manifestations pulmonaires : toux, expectoration abondante ; on trouve des lésions évolutives du sommet gauche et des B. K. dans les crachats.

En janvier 1932 : décès par tuberculose pulmonaire bilatérale.

Obs. 15. — G... Renée.

Agée de 16 ans. Présente à son arrivée, en juillet 1931, plusieurs localisations tuberculeuses : poignet, genou, abcès cuisse droite fistulisé.

Août 1931 : amputation de l'avant-bras droit.

Novembre 1931 : malgré l'amélioration locale, l'état général s'altère en même temps qu'apparaît un abcès tibial.

En février 1932 : on trouve des lésions pulmonaires du sommet droit et des B. K. dans les crachats, nécessitant le renvoi immédiat.

Obs. 16. — B... Vincent.

Agé de 39 ans. A présenté dans ses antécédents : une ostéo-arthrite de l'épaule réactivée et reséquée en 1932 ; une lésion du cinquième orteil apparue et amputée en 1932.

Il arrive à Berck en avril 1933, avec une lésion fistulisée du quatrième orteil.

La radio pulmonaire montrant un énorme paquet ganglionnaire des deux côtés, le cul-de-sac droit comblé, le sommet droit légèrement gris, le malade quitte Berck en juillet 1933 pour climat contrindiqué.

Obs. 17. — D... Paul.

Agé de 46 ans, arrivé à Berck en décembre 1932, ayant fait dans l'enfance : (à 7 ans) une ostéite humérale et des lésions tarsiennes ; en 1929, à 43 ans, une pleurésie, et, enfin, ayant subi en 1932 une synovectomie du genou.

A l'arrivée : tumeur blanche évolutive, fistulisée ; quelques mois après : en avril 1933, devant la persistance de la température, l'examen pulmonaire est pratiqué : on trouve quelques signes discrets radiographiques.

Le malade est renvoyé.

Obs. 18. — V... Georges.

Agé de 24 ans. Arrive en septembre 1933, avec des adénites cervicales fistulisées bilatérales ; un état général très mauvais.

A la radio : un aspect très anormal à type granulique, avec, à droite, un foyer genre pneumonie caséuse étendu à tout le poumon.

Des B. K. dans les crachats.

Quitte Berck 12 jours après son arrivée

Obs. 16. — G... Pierre.

Agé de 17 ans. Arrive à Berck pour une ostéite du péroné, en août 1932.

En septembre 1932, on découvre à la radio un mal de Pott dorsal avec fuseau.

En février 1933, découverte d'un foyer pottique cervical avec apparition de paraplégie spasmodique.

Son état général est mauvais et l'auscultation montre une respiration rude au sommet droit qui demande à être surveillé et nécessite son départ de Berck.

Obs. 20. — D... Lucien.

Agé de 39 ans, ayant fait une pleurésie en 1930, et successivement des abcès fistulisés des régions inguinale, sternales, thoraciques pour lesquels le malade est envoyé à Berck en janvier 1932.

A l'arrivée : Pott D 9-10, état bacillémique, altération de l'état général.

Quelques mois après : en juillet 1933 : suppuration abondante, aggravation de l'état général.

Un examen de contrôle pulmonaire montre des signes importants de pachypleurite ; le malade est maintenu à Berck jusqu'à l'automne, et renvoyé à ce moment.

Obs. 21. — P... Nicolas.

Malade âgé de 43 ans. Arrive à Berck avec une tumeur blanche du genou, en juillet 1934.

Son état local et général le permettant, on fait une résection en février 1935.

En mars 1935 apparaissent des hémoptysies avec température oscillante, nécessitant le départ de Berck.

Obs. 22. — L... Hippolyte.

Agé de 26 ans. Arrive à Berck en juin 1932, ayant fait depuis 1931 une pleurésie, un abcès intercostal opéré, fistulisé, une ostéite carpienne.

Dès le deuxième mois de séjour, en juillet 1932, un

examen pulmonaire montre à la scopie quelques taches au sommet droit.

En octobre : une intervention abdominale d'urgence est nécessaire.

En février 1933, après une amélioration, l'état général s'altère à nouveau, le malade présente des signes de tuberculose évolutive du sommet droit, un abcès médiastinal ouvert dans la plèvre (décollement de D_5 à D_{11} , pus à la ponction pleurale).

Il est renvoyé aussitôt.

Obs. 23. — C... Amar.

Agé de 52 ans. Entre en avril 1934 pour réactivation de foyers tuberculeux ayant débuté un an auparavant.

En même temps, on trouve des signes auscultatoires suspects.

En juin 1934, une radiographie pulmonaire montre une forte rétraction de l'hémithorax droit avec aplatissement de la voûte diaphragmatique droite. Une obscurité des deux sommets étendue aux deux premiers espaces intercostaux.

Le malade quitte Berck en juillet 1934.

Obs. 24. — M... Alfred.

Agé de 15 ans. Arrive à Berck en juillet 1930 pour une ostéite du tibia gauche avec gros abcès, opérée en janvier 1931.

En décembre 1931 : nouvelle localisation, une tumeur blanche du genou droit avec abcès qui fistulise : on pratique l'amputation un an plus tard, en décembre 1932.

La persistance du mauvais état général, la fièvre, quelques signes pulmonaires cliniques et graphiques commandent le départ de Berck.

Obs. 25. — M... René.

Agé de 17 ans.

Arrive en janvier 1930, avec des lésions costale et temporale avec abcès.

En février : on opère ; mais la suppuration persiste, augmente, l'état général s'altère progressivement et, en novembre 1932, l'examen clinique et graphique pulmonaire découvre des signes suspects contrindiquant le climat marin.

Obs. 26. — M... Anna.

Agée de 19 ans.

Arrive en mai 1934, avec une ostéo-arthrite de l'épaule droite anciennement réséquée et actuellement en poussée inflammatoire et fistulisée.

En juin 1934 : on fait une nouvelle résection.

En juillet : apparition de dyspnée, fièvre.

En août 1934 : on fait un examen radiographique et bactériologique qui confirment une tuberculose pulmonaire commandant le départ.

Obs. 27. — D... Alfred.

Agé de 15 ans. A l'arrivée à Berck, en juillet 1928, présente alors une fistule iliaque gauche d'origine pottique ; une greffe est faite en avril 1929.

En août 1930 : apparaît une coxalgie droite.

En novembre 1931 : on fait une arthodèse.

En juin 1933 : le malade présente quelques manifestations pulmonaires ; les examens cliniques et radioscopiques ne montrent rien. Une intervention abdominale d'urgence est nécessaire.

En janvier 1934 : nouvelles manifestations pulmonaires.

A la scopie : un hémithorax gauche voilé, les lésions externes restant cicatrisées.

Le malade est renvoyé.

Obs. 28. — C... Andrée.

Agée de 22 ans. Ayant eu 1 an avant son arrivée à Berck une ostéite du tibia gauche avec abcès ; présente à son entrée, en avril 1934 : une ostéite juxta-articulaire du genou gauche fistulisée et suppurant ; une ostéite du rocher avec abcès mastoïdien.

Son état général alors médiocre devient très mauvais, et, en mai 1934, on trouve à la radio un voile du sommet droit ; en juillet 1934, les signes cliniques, radiographiques et bactériologiques montrent une tuberculose pulmonaire, bilatérale, à marche subaiguë.

En août 1934 : décès.

Obs. 29. — L... François.

Agé de 40 ans.

Arrive en août 1934, avec un mal de Pott cervical et abcès fistulisé.

Son état général est médiocre, l'évolution rapide, et, dès octobre 1934, apparaît une tuberculose évolutive du poumon droit avec grosse infiltration de la partie moyenne, nécessitant le départ de Berck.

Obs. 30. — B... Paul.

Agé de 43 ans, arrive à Berck en novembre 1931 avec un mal de Pott lombo-sacré ancien réactivé.

En janvier 1932 : on fait une greffe, les suites sont normales. Le malade part en septembre.

Il revient en juillet 1933 pour des douleurs lombaires. L'examen ne montre aucun signe évolutif.

En septembre 1934 : le malade présente quelques manifestations pulmonaires.

La radioscopie ne montre qu'un voile du poumon droit, mais la lésion externe restant cicatrisée, le malade est renvoyé.

Obs. 31. — F... Joseph.

Agé de 57 ans. Greffé pour mal de Pott, en août 1932.

Arrive à Berck avec un abcès dorsal que l'on ponctionne. On fait une retouche de greffe en janvier 1933 et une localisation épидidymaire gauche opérée en septembre 1933. Puis apparaît un abcès intercostal gauche opéré en février 1934.

Les fistules se cicatrisent rapidement, mais le malade tousse et crache et la radio pulmonaire montre un voile léger des deux tiers supérieurs du poumon droit qui contrindique le climat marin.

Obs. 32. — R... Andrée.

Agée de 25 ans, présente à son arrivée à Berck, en octobre 1933 : un mal de Pott lombaire avec abcès de la fosse iliaque gauche et de la fosse iliaque droite ; un état pulmonaire suspect.

En décembre 1933, on pratique une greffe.

En avril 1934, l'état local est très satisfaisant.

En août 1934 : l'état général décline, la malade tousse, crache et la radio pulmonaire montre des lésions du sommet et de la base gauche, l'examen des crachats, la présence de B. K.

La malade quitte Berck aussitôt.

Obs. 33. — D... Rose.

Agée de 26 ans. Arrive en octobre 1932 avec un mal de Pott lombaire et lombo-sacré et un abcès de la fesse fistulisé.

En avril 1933 : greffe.

En avril 1934 : l'état général est médiocre et on trouve à l'auscultation des râles crépitants du poumon gauche ; à la radio, une image annulaire qui font renvoyer la malade.

Obs. 34. — M... Ernest.

Agé de 47 ans. Arrive en juin 1934 avec des adénopathies multiples et fistulisées ; un état subfébrile, et la radio pulmonaire montre les deux sommets opaques avec une grosse réaction hilaire.

Le malade est aussitôt renvoyé.

Obs. 35. — D... Robert.

Agé de 16 ans, ayant eu dans ses antécédents une péritonite tuberculeuse et une arthrite tibio-tarsienne ankylosée, arrive avec une adénite cervicale fistulisée, en mars 1934.

Rapidement, en mai 1934, le malade semble « mal réagir au climat de Berck ».

La radio pulmonaire montre : les hiles chargés, les sommets du hile au diaphragme, surtout à droite, avec une ombre non homogène à la partie moyenne.

Le malade est renvoyé.

Obs. 36. — D... Marcel.

Agé de 21 ans. Ayant dans ses antécédents, depuis 1929, une intervention abdominale d'urgence (fistule stercorale), une pleurésie 4 mois après, puis une épipidymite gauche opérée.

A l'arrivée à Berck, en août 1934 : présente une épipidymite droite fistulisée, des séquelles pleurales et des lésions parenchymateuses du sommet droit, non évolutives,

L'épididymectomie est pratiquée en octobre 1934 et le malade est renvoyé dès l'automne, à cause de ses lésions pleuro-pulmonaires.

Obs. 37. — P... Théophile.

Agé de 56 ans. Envoyé à Berck en mai 1935, en convalescence. Il a un mal de Pott dorsal diagnostiqué en décembre 1934 et greffé en janvier 1935.

A son arrivée, on constate un mauvais état général avec poussées thermiques.

En juillet 1935, se précise une lésion pulmonaire avec matité des 2 bases, un syndrome pleurétique complet, accompagné de fièvre vespérale et toux sèche.

Le malade est renvoyé pour cortico-pleurite.

Obs. 38. — P... Louis.

Agé de 31 ans. Arrive en août 1935 à Berck, en convalescence.

Il a subi, en juin 1935, une ostéo-synthèse pour mal de Pott lombaire.

A son arrivée, on trouve un bon état local, mais un mauvais état général et quelques troubles urinaires : une rétention vésicale.

La radiographie pulmonaire montre les hiles chargés et les sommets grisailés, signes qui, avec le mauvais état général, contre-indiquent le climat marin.

Obs. 39. — C... Auguste.

Agé de 46 ans. Arrive à Berck en novembre 1933, ayant fait une pleurésie gauche en 1932, puis un mal de Pott dorsal inférieur, avec abcès.

En avril 1934 : le malade fait une nouvelle poussée pleurale, qui nécessite une ponction.

En décembre 1934 : on note : « tuberculose pleurale

persistante, mais... à garder à Berck plutôt que de le renvoyer dans une salle de chroniques à Paris ».

Cependant, en février 1935, en même temps que l'état général s'altère, se précise une lésion parenchymateuse : le malade est alors renvoyé.

Obs. 40. — W... André.

Agé de 20 ans. Arrive à Berck en mai 1935 avec un mal de Pott opéré.

En août 1935 : on constate des séquelles de pleurite à droite.

Puis il fait une bronchite banale et ne supportant pas le climat, le malade est renvoyé à Berck en octobre 1935, en bon état vertébral.

Obs. 41. — G... René.

Agé de 18 ans. Vient une première fois à Berck avec un mal de Pott lombaire ayant débuté en 1930, greffé en mars 1932, guéri cliniquement et radiologiquement en octobre 1933.

Le malade quitte Berck et revient en juillet 1934 pour une coxalgie gauche au début et des signes de cystite accentués. Puis son état général décline, sa température devient oscillante et l'on trouve des lésions tuberculeuses pulmonaires bilatérales.

Le malade est renvoyé en mars 1935.

Obs. 42. — P... Charles.

Agé de 44 ans. Arrive à Berck en septembre 1933 avec une coxalgie ayant débuté en janvier 1933, un abcès antéro-externe de la cuisse ponctionné pendant toute l'année 1934, puis multifistuleux.

En mai 1935 : on fait une désarticulation.

En septembre 1935 : apparaissent brusquement une

épididymite gauche et des signes de tuberculose pulmonaire.

Le malade quitte Berck en octobre 1935.

Obs. 43. — P... Julien.

Agé de 27 ans. Arrive à Berck en juin 1935 pour une ostéite juxtagonale tibiale fistulisée avec envahissement des parties molles rotuliennes, avec grosse lésion tibiale, dont le début remonte à septembre 1934 par l'apparition d'un hygroma suppuré et de petits abcès à la surface du genou, que l'on incise.

Son état général est médiocre.

A l'auscultation pulmonaire : submatité des 2 bases et diminution du murmure vésiculaire.

La radiographie pulmonaire montre des lésions qui font renvoyer le malade en août 1935.

Obs. 44. — B... Emmanuel.

Agé de 24 ans. Ayant des tuberculoses osseuses multiples anciennes, arrive à Berck en mai 1935 pour un mal de Pott dorsal au début.

Mais le malade tousse, crache. On trouve des signes cliniques de tuberculose pulmonaire à l'auscultation et la radio montre des signes évolutifs du lobe supérieur gauche.

Le malade quitte Berck aussitôt.

Obs. 45. — J... Maurice.

Agé de 17 ans. Arrive à Berck en janvier 1934, présentant une amputation du genou gauche et des ganglions inguinaux fistulisés, lésions dont le début remontait à 1932.

De plus : réaction articulaire de la hanche.

Par la suite, évolution d'une coxalgie, et en mai 1935,

en même temps que l'état général s'altère, avec une température oscillante, apparaissent des signes pulmonaires (expectoration, toux, caverne parahilaire droite) qui commandent le renvoi immédiat.

Obs. 46. — W... Maurice.

Agé de 20 ans. Vient une première fois à Berck, en septembre 1930, pour scoliose avec grosse déformation. Il repart de Berck peu de temps après pour « fragilité pulmonaire ».

Revient en octobre 1934, avec diagnostic de mal de Pott et paraplégie à apparition brusque et développement rapide.

En décembre 1934, apparaissent des signes pulmonaires suspects et le malade est renvoyé.

Obs. 47. — V... Célestin.

Agé de 48 ans. Arrive à Berck en mai 1935, avec, dans la région cervicale droite, des abcès froids d'origine ganglionnaire ayant débuté en décembre 1934 et récemment fistulisés.

La radio pulmonaire montre une sclérose marquée surtout à droite, en rapport avec une tuberculose fibreuse pour laquelle le climat marin a une influence défavorable.

Le malade quitte Berck en juin 1935.

Obs. 48. — H... Olivier.

Agé de 44 ans. Arrive à Berck en septembre 1932, pour une sacro-coxalgie droite fistulisée et suppurant abondamment.

En mars 1933 : résection de drainage.

Puis cachexie progressive et apparition, en mai 1935, de nouvelles localisations à la malléole externe droite

et au poumon gauche, pleurésie gauche et congestion de la base droite.

En mai 1935, décès.

Obs. 49. — M... Maurice.

Agé de 35 ans. Ayant eu une néphrectomie, puis un mal de Pott dorso-lombaire greffé, arrive à Berck en juin 1934 avec un abcès latéro-vertébral gauche qui fistulise et une localisation épидидymaire.

En décembre 1934 : épидидymectomie.

En 1935 : altération de l'état général.

A la radio pulmonaire : voile des 2 sommets sans lésion, mais les signes cliniques pulmonaires et rénaux (présence de B. K. dans les urines) commandent le départ, qui s'effectue en novembre 1935.

Obs. 50. — P... Jean.

Agé de 25 ans. Ayant dans ses antécédents une adénite cervicale, arrive à Berck en mai 1931 avec une tumeur blanche du genou fistulisée et des ganglions cervicaux. Fistules persistantes.

En 1934, nouvelle localisation. Abcès intercostal. Quelques manifestations pulmonaires, mais un examen de contrôle clinique et graphique ne montre que des signes de pleurite, sans lésion parenchymateuse.

En novembre 1934, ablation abcès costal.

En mai 1936 : cicatrisation maintenue de l'abcès opéré, mais persistance de la suppuration tibiale.

En mai 1936 : signes évolutifs de tuberculose pulmonaire droite. Le malade est renvoyé.

Obs. 51. — J... Robert.

Agé de 21 ans. Arrive à Berck en mars 1935 avec une ostéo-arthrite tibio-tarsienne droite fistulisée, ayant débuté en novembre 1934.

En avril 1935 : astragalectomie et drainage.

En mai 1935 : l'état local s'améliore, mais l'état général décline et en décembre 1935, apparaît une lésion sacro-iliaque gauche avec abcès de la région trochanterienne qui fistulise. On fait une résection.

En juin 1936 : abcès froid région lombaire droite.

En octobre 1936 apparaît un mal de Pott dorso-lombaire. La température est oscillante. La radio pulmonaire montre une infiltration complète des deux poumons et le malade quitte Berck en octobre 1936.

Obs. 52. — M... Marcel.

Agé de 30 ans. Arrive à Berck en septembre 1936, alors qu'il est traité depuis 1928 pour une tuberculose pulmonaire gauche.

A fait un séjour à Brévannes, puis à St-Martin. Est revenu à Paris en mars 1935, pour une péritonite tuberculeuse. Est reparti à Hauteville, où des douleurs sciatiques sont apparues, traitées par pointes de feu, bientôt suivies d'un abcès. Le malade est alors dirigé sur l'Hôpital Cochin. De là, il est placé à Berck pour sacro-iliaque gauche.

Mais les lésions pulmonaires récentes, et d'autre part la réaction immédiate au climat (crachats hémoptoïques) commandent le renvoi.

Obs. 53. — C... René.

Agé de 19 ans. Ayant fait depuis novembre 1935 une succession de foyers tuberculeux externes fistulisés, arrive à Berck en juin 1936, en pleine poussée bacillémique, avec état général mauvais, diarrhée abondante, toux, expectoration.

On trouve une lésion du poumon gauche, des B. K. dans les crachats.

Le malade quitte Berck en juillet 1936.

Obs. 54. — L... Juliette.

Agée de 35 ans. Arrive à Berck en juin 1934, pour un abcès trochantérien déjà curetté en octobre 1933.

Durant les deux années de séjour à Berck, il y a amélioration, puis cicatrisation complète maintenue.

En juin 1936 : la malade tousse et crache, aussi est-elle renvoyée de Berck.

Obs. 55. — P... Pierre.

Agé de 43 ans. Arrive à Berck en juillet 1936 pour une tumeur blanche du genou gauche, ayant débuté en octobre 1935.

Réséquée en avril 1936 et à l'arrivée, en juillet 1936, présentant une ulcération du genou avec suppuration abondante et pas de consolidation.

L'auscultation montre des signes de cortico-pleurite. Le malade quitte Berck.

Obs. 56. — S... Claude.

Agé de 15 ans. Arrive à Berck en janvier 1935 pour une tuberculose du tarse et métatarse gauche avec prédominance des lésions au gros orteil et un abcès du pied droit qui fistulise.

Exérèse du gros orteil et du 1^{er} métatarsien.

Août 1935 : nouvelles localisations : abcès sous-costal droit, abcès rétro-trochantérien.

Décembre 1935 : à l'auscultation : signes pulmonaires récents. A la radio : infiltration base gauche, sinus costo-diaphragmatique comblé.

En janvier 1936 : le malade quitte Berck.

Obs. 57. — C... André.

Agé de 29 ans. Arrive à Berck en octobre 1934 pour une tumeur blanche du genou droit ayant débuté en janvier 1934.

En août 1935 : résection.

En décembre 1935 : début de marche.

En janvier 1936 : le malade quitte Berck en bon état local pour des manifestations pulmonaires.

La radio a montré une infiltration discrète bilatérale.

Obs. 58. — S... Jules.

Agé de 25 ans. Ayant fait en décembre 1935 une tumeur sus-orbitaire fistulisée, en janvier 1936, une adénite sus-claviculaire.

Arrive à Berck en septembre 1936 pour un mal de Pott dorsal très étendu, avec un très mauvais état général, une maladie d'Addison.

Après un épisode pulmonaire aigu, un ictère grave. Décès en octobre 1936.

Obs. 59. — L... Gustave.

Agé de 26 ans. Arrive à Berck en juillet 1931 pour un mal de Pott multifistuleux (fistules thoraciques et de la cuisse).

En décembre 1932 : hydarthrose du genou passagère.

En mars 1933 : greffe.

En août 1933 : une radio pulmonaire montre un sommet gauche obscur.

En septembre 1933 : le malade quitte Berck pour mauvais état général et quelques manifestations pulmonaires.

Obs. 60. — D... Raymond.

Agé de 31 ans. Arrive à Berck en septembre 1936, pour une tumeur blanche du genou gauche ayant débuté en janvier 1936, avec signes radiologiques de début sans destruction. Mais sa température est instable, l'état général s'altère, le malade tousse, sa voix est « enrouée ».

En novembre 1936 : diagnostic de laryngite tuberculeuse. De plus, on trouve des B. K. dans les crachats et des signes de condensation du sommet droit.

Le malade est aussitôt renvoyé.

Obs. 61. — T... Henri.

Agé de 29 ans. Ayant eu en octobre 1933 un abcès costo-lombaire gauche, incisé à Paris, arrive à Berck en avril 1934 pour mal de Pott dorso-lombaire.

En janvier 1935 : débridement de l'abcès.

En novembre 1935 : apparition d'un abcès iliaque et de la cuisse, que l'on ponctionne.

En mars 1936 : petites hémoptysies et râles sus-épi-neux à droite.

Le malade quitte Berck en mai 1936.

Obs. 62. — J... Christiane.

Agée de 12 ans à l'arrivée : juin 1928.

Présente alors une juxta de la hanche qui est opérée en mai 1929.

Par la suite : évolution d'une coxalgie grave, fistuleuse, que l'on est obligé de drainer.

En juillet 1932 : devant l'altération de l'état général, un contrôle pulmonaire est fait ; il ne montre rien de précis.

En juin 1936 : la cicatrisation de la hanche est obtenue.

La malade présentant toujours une légère température et quelques manifestations pulmonaires, une nouvelle graphie est faite : elle ne montre au sommet gauche que des calcifications de lésions anciennes, stabilisées.

Mais en décembre 1936, devant la persistance de signes pulmonaires cliniques et fonctionnels, la hanche restant cicatrisée, la malade est renvoyée.

Obs. 63. — Le M... X.

Agée de 26 ans. Arrive à Berck en août 1933, avec une sacro-iliaque gauche.

Une arthrodèse est faite en juillet 1934. Mais l'état général reste médiocre.

A partir de juin 1935 : localisations successives : abcès lombaires fistulisés, sterno-claviculaire avec abcès (réséquée en novembre 1935), métatarsienne avec abcès.

En avril 1936 : signe de dégénérescence amyloïde et signes pulmonaires évolutifs avec laryngite.

Départ en juin.

Obs. 64. — B... Roger.

Agé de 29 ans. Arrive à Berck en avril 1936, pour une adénite cervicale bilatérale avec périadénite et une arthrite phalango-phalangienne du médus droit, dont le début remonte à octobre 1935.

Août 1936 : état grippal, toux, oppression, pleurésie séro-fibrineuse gauche.

Octobre 1936 : la radio pulmonaire montre une poussée de médiastinite.

Le malade est renvoyé en novembre 1936.

Obs. 65. — L... Antonio.

Agé de 36 ans. Arrive à Berck en juin 1935 pour une arthrite tuberculeuse de la hanche à tendance extensive importante.

Novembre 1935 : Pont-levis.

Juin 1936 : fièvre et installation d'un hydropneumothorax droit.

Le malade est renvoyé de Berck.

Obs. 66. — C... Louis.

Agé de 31 ans. Arrive à Berck en mai 1936 pour un mal de Pott lombaire inférieur ayant débuté cinq ans

auparavant, et greffé à Paris. Abscess et fistule iliaque à l'arrivée.

Août 1936 : hémoptysie légère et ouverture de l'abscess dans l'intestin, fistules multiples.

Septembre 1937 : quelques signes pulmonaires cliniques et graphiques. Le malade est renvoyé de Berck.

Obs. 67. — B... Jacques.

Agé de 25 ans. Arrive à Berck en novembre 1936 pour une adénite cervicale fistulisée et une ostéo-arthrite métatarso-phalangienne droite.

Décembre 1936 : amputation de l'orteil.

Juin 1937 : excellent état des lésions locales entièrement cicatrisées depuis des mois; mais à l'auscultation, râles sibilants des deux côtés ; à la radio : hile droit très chargé dans toute son étendue.

Le malade est renvoyé de Berck.

Obs. 68. — R... Jean.

Agé de 26 ans. Arrive à Berck en novembre 1936 pour une ostéo-arthrite de l'épaule gauche ancienne, sans abscess. Son état général est moyen. Contrôle pulmonaire négatif.

En janvier 1937 : résection de l'épaule.

En avril 1937 : état fébrile en rapport avec une obscurité du champ pulmonaire gauche.

Le malade quitte Berck en mai 1937 pour climat contre-indiqué.

Obs. 69. — H... Renée.

Agée de 15 ans. Arrive à Berck en mars 1934 pour une ostéo-arthrite tibio-tarsienne avec abscess à l'arrivée, ayant débuté 18 mois plus tôt.

Juin 1934 : pleurésie droite, qui guérit en laissant des adhérences de la base.

Novembre 1934 : astragalectomie.

Février et avril 1937 : nouvelles localisations : ulcérations anales, lésions médio-tarsiennes.

Mai 1937 : apparition de légers signes pulmonaires, mais avec lésion d'infiltration étendue à la radio.

La malade quitte Berck.

Obs. 70. — J... Joseph.

Agé de 24 ans. Arrive à Berck en janvier 1936 pour un mal de Pott dorso-lombaire ayant débuté en novembre 1931, greffé à Paris en mai 1935.

Mars 1936 : brusque poussée de température à 40°. Pleurésie séro-fibrineuse et en janvier 1937 : grosse pleurite droite.

L'état osseux est satisfaisant.

Le malade quitte Berck en février 1937 pour lésions pleuro-pulmonaires chroniques.

Obs. 71. — J... Maurice.

Agé de 22 ans. Arrive à Berck une première fois en septembre 1929 pour une tumeur blanche du genou gauche, réséqué et guéri en mars 1933.

Le malade revient à Berck en mars 1935 pour un abcès crural et une coxalgie droite.

Janvier 1936 : arthrodèse.

Janvier 1937 : réintervention pour pseudarthrose.

Juin 1937 : la radio pulmonaire montre un voile du tiers supérieur du poumon gauche sans lésion évolutive.

Le malade quitte Berck pour climat contre-indiqué.

Obs. 72. — O... Pierre.

Agé de 24 ans. Ayant fait une hémoptysie en octobre 1935 et hospitalisé à Paris pour tuberculose pulmonaire,

arrive à Berck en décembre 1936 pour une ostéo-arthrite de la hanche droite, ayant débuté en juillet 1936.

Janvier 1937 : la radio pulmonaire montre une sclérose pleuro-pulmonaire du lobe supérieur gauche et le malade est renvoyé aussitôt pour climat contre-indiqué.

Obs. 73. — E... René.

Agé de 35 ans. Arrive à Berck en mai 1937 pour des adénites et lésions péritonéales. Mais il tousse et crache et l'on constate un foyer de tuberculose pulmonaire évolutif.

Juin 1937 : décès.

Obs. 74. — F... Joseph.

Agé de 15 ans. Arrive à Berck en septembre 1937 pour d'anciennes lésions pottiques longtemps négligées avec ostéomyélite secondaire et suppuration abondante par deux fistules lombaires.

Renvoyé aussitôt pour lésions pleuro-pulmonaires graves.

Obs. 75. — K... Roger.

Agé de 22 ans. Arrive à Berck en mai 1937 pour adénites ayant débuté en avril 1933.

De plus, il présente un foyer pleuro-pulmonaire de la base gauche avec température oscillante. La radio montre un voile du champ pulmonaire gauche. Le cul de sac gauche comblé.

Le malade quitte Berck en juin 1937 pour lésions pleuro-pulmonaires évolutives.

II. — Sanatorium des Escaldes

Obs. 1. — B... X.

Agé de 33 ans. Fait une pleurésie bilatérale en 1921. Quelque temps après apparaissent des douleurs lombaires et deux ans plus tard un abcès qui est incisé.

Aucun traitement en dehors d'un séjour de 3 mois et demi à Berck.

En 1926 : hémoptysies.

Alternativement : poussées évolutives pulmonaires et osseuses.

Des interventions sont pratiquées : grattage côte en 1930 ; greffe en 1932.

En août 1936 : lors d'une nouvelle hémoptysie placement aux Escaldes ; le malade est en fin d'évolution.

En novembre 1937 : fistule lombaire presque tarie ; poumon : aucun signe évolutif, forme fibroconjonctive stabilisée.

Obs. 2. — L... Michel.

Présente en 1933 des douleurs de l'épaule gauche.

En 1935 : fistule antéro-externe et nouvelle localisation : synovite poignet droit opérée à l'Hôpital de Troyes et réopérée un an après.

Arrive aux Escaldes en janvier 1937 pour poussée évolutive de l'épaule et un état pulmonaire suspect.

L'état général et local ne s'améliorent qu'après 9 mois de séjour.

La résection est envisagée.

Obs. 3. — D... X.

En 1931 et 1932, fait successivement une fistule anale, une pleurésie, puis une hémoptysie.

En 1934 : nouvelle poussée pulmonaire, suivie en 1935 d'épididymite double et une tumeur blanche du genou.

Arrive aux Escaldes en octobre 1936, avec une fistule scrotale, un abcès des adducteurs d'origine lombaire, une atteinte pulmonaire bilatérale ulcéro-fibreuse.

Son état général est bon et en mai et août 1937 : greffe puis résection.

Novembre 1937 : suites normales.

Obs. 4. — J... Auguste.

Agé de 43 ans. Fait en 1932 une pleurésie gauche et deux ans après, lésion pulmonaire du même côté (pneumothorax).

En 1935 : douleurs lombaires suivies d'un abcès iliaque.

En août 1936 : il arrive aux Escaldes avec mauvais état général : des lésions pulmonaires du sommet gauche importantes et marbrures à droite ; de plus, une ostéite fistulisée du pied gauche.

En janvier 1937 : 5 mois après, amélioration locale et générale considérable ; on pratique une greffe.

L'évolution est favorable, le malade marche en octobre 1937 et quitte les Escaldes en novembre.

Obs. 5. — D... François.

Agé de 39 ans. En 1933 : début de tuberculose pulmonaire gauche ouverte, traitée 6 mois en sana, puis à domicile.

En 1936 : apparition d'un mal de Pott lombaire avec abcès iliaque droit.

Il arrive aux Escaldes en novembre 1936, avec un état général médiocre, qui s'améliore progressivement en même temps que l'abcès se résorbe et en mai 1937,

on greffe. Un mois après, apparition de signes articulaires et radiographiques de la hanche droite.

Septembre 1937 : arthrodèse.

Novembre 1937 : amélioration générale et locale.

Obs. 6. — L... Pierre.

Agé de 62 ans. Ayant eu dans ses antécédents, en 1917, une pleurésie, fait :

En 1934 : une tuberculose pulmonaire.

En 1935 : début de mal de Pott diagnostiqué.

En 1936 à Beaujon, qui l'envoie aussitôt, en août 1936, aux Escaldes, où l'on trouve un mal de Pott lombo-sacré avec abcès lombaire et fistule au niveau des adducteurs. Une tuberculose pulmonaire fibreuse.

Vu son âge, on essaie la marche, mais le malade se fatigue et en octobre 1937, on fait une greffe.

Novembre 1937 : le malade est en traitement.

Obs. 7. — R... X.

A fait en 1928 une pleurésie, puis tuberculose pulmonaire traitée 6 mois en sana.

Accuse des douleurs lombaires en 1931 et 4 ans plus tard, en 1935, apparition d'un mal de Pott greffé à Montpellier.

Il arrive aux Escaldes en mai 1936, son greffon étant cassé.

Après un an de repos allongé, en août 1937, on pratique une retouche de greffe.

En novembre 1937 : état général et local satisfaisants.

Obs. 8. — B... X.

En juin 1934 : fait une pleurésie séro-fibrineuse droite.

En juillet 1935 : une ostéite sternale opérée et laissant une fistule résiduelle.

En janvier 1936 : apparaît une tumeur blanche du genou et on envoie le malade, en mai 1936, aux Escaldes, avec une tumeur blanche du genou et une atteinte pulmonaire bilatérale, forme fibreuse. Le genou est immobilisé plâtré.

En octobre 1936 apparaît une tuberculose rénale droite.

En avril 1937 : on fait une néphrectomie droite à Paris, à l'Hôpital Cochin, et le malade revient aux Escaldes en juillet 1937. Son état général et local est satisfaisant et en septembre 1937, on fait une résection du genou.

Novembre 1937 : l'évolution est favorable.

Obs. 9. — N... X.

Agé de 42 ans. Fait en 1934 une tuberculose pulmonaire bilatérale fibreuse.

Un an après, en avril 1935, fait plusieurs localisations externes qui fistulisent ; tumeur blanche poignet ; spina premier métacarpien droit ; spina première phalange du cinquième doigt, dont une tumeur blanche du genou droit, avec destruction importante.

Il arrive aux Escaldes un an après, en avril 1936.

En novembre 1937 : après 19 mois de séjour, amélioration générale et locale.

Obs. 10. — C... René.

Agé de 39 ans en septembre 1936. Fait en 1931 une hémoptysie et en même temps il présente des douleurs du genou droit.

De 1931 à 1936 : le malade est envoyé successivement dans trois sanatoria pulmonaires : St-Hilaire-du-Touvet, Villiers-sur-Marne, où l'on crée un pneumothorax droit, sanatorium de Belligueux, dans lesquels

son genou reste non traité, délaissé et aboutit à une ankylose en flexion.

Août 1936 : à l'occasion d'une nouvelle poussée évolutive, le malade est envoyé, en septembre 1936, aux Escaldes, où son genou en pleine évolution est plâtré.

En août 1937 : état général et local améliorés.

En septembre 1937 : résection du genou.

Novembre 1937 : état général et local excellents. Le pneumothorax est insufflé une fois par mois.

Obs. 11. — R... Lucien.

Agé de 17 ans en mai 1936. Fait en 1934 une tuberculose pulmonaire.

Un an après, en juin 1935, débute par une hydarthrose tuberculeuse du genou gauche et arrive aux Escaldes en mai 1936.

Après 15 mois de repos allongé, d'héliothérapie :

En août 1937 : résection du genou.

Novembre 1937 : état général et local très bons. La marche est envisagée prochainement.

Obs. 12. — G... X.

Agé de 53 ans en 1936. Arrive aux Escaldes en 1936 pour une tumeur blanche du poignet gauche et des lésions de tuberculose pulmonaire évolutive.

En juillet 1937, présente des lésions étendues du carpe.

Septembre 1937 : la résection est encore contre-indiquée par l'état pulmonaire, la radio montrant une infiltration massive du sommet droit avec caverne et grisaille du sommet gauche.

Octobre 1937 : l'état pulmonaire est en voie d'amélioration, sommet gauche clair, la caverne moins visible.

Obs. 13. — V... Marcel.

Agé de 30 ans à son entrée aux Escaldes. En 1926, fait une pleurésie séro-fibrineuse.

En 1930, présente simultanément une tuberculose pulmonaire ouverte avec hémoptysie et une tumeur blanche de l'épaule.

En 1934, le malade est envoyé dans le sanatorium pulmonaire de Bidar (B.-P.).

En janvier 1936, nouvelle poussée avec hémoptysie et en même temps apparition d'un abcès de la fosse sus-épineuse qui fistulise 7 mois plus tard.

C'est alors, en septembre 1936, que le malade arrive aux Escaldes. L'évolution pulmonaire reste active et,

En octobre 1937, on note une amélioration avec caverne moins visible à la radio. L'épaule est ankylosée.

Obs. 14. — S... Henri.

Agé de 41 ans en décembre 1936. En novembre 1935 : tuberculose pulmonaire droite (infiltration massive du sommet).

En septembre 1936 : abcès froid dorsal inférieur qui, malgré les ponctions, fistulise au bout de 2 mois.

En décembre 1936, le malade arrive aux Escaldes avec une lésion costale étendue et une bacillose pulmonaire ouverte évolutive.

En novembre 1937, la fistule costale est tarie depuis 4 mois.

Etat général amélioré, mais son poumon reste actif et évolutif (début de bilatéralisation).

Obs. 15. — L... Léon.

Agé de 30 ans à son entrée aux Escaldes. En octobre 1932, fait un abcès lombaire qui fistulise, s'infecte et nécessite un débridement. Le malade est envoyé :

En juillet 1933, à Berck (Pott dorso-lombaire).

En juillet 1935 : après un deuxième débridement, le malade est renvoyé pour poussée pulmonaire.

En mars 1936, il est hospitalisé à Montfermeil, où son état s'améliore (prend 10 kg.) passagèrement.

En décembre 1936, arrive aux Escaldes avec un état général médiocre. Poussée d'infection secondaire (fièvre) et des crachats hémoptoïques.

A partir de mai 1937, nouvelle amélioration croissante de l'état local et général.

Obs. 16. — D... Marcel.

30 ans en novembre 1936. Fait en 1921 une pleurésie droite et, 10 ans après, une tuberculose pulmonaire soignée 8 mois en sanatorium.

En 1934, apparition de douleurs lombaires, puis en 1936, d'un abcès thoracique d'origine vertébrale (D,2, L,1).

En août 1936 : greffe.

En novembre 1936, il arrive aux Escaldes avec une tuberculose pulmonaire ouverte (caverne base droite) avec un abcès de la fosse iliaque gauche et un abcès lombaire droit qui régressent progressivement.

En mai 1937 : on fait un pneumothorax contro-latéral droit.

En août 1937 : retouche de greffe.

En novembre 1937 : évolution favorable.

Obs. 17. — C... Juliette.

43 ans en mai 1937. Fait en 1931, une pleurésie droite suivie de tuberculose pulmonaire traitée par un pneumothorax droit (Cochin), puis en sanatorium (13 mois).

Pendant le séjour, apparaissent des douleurs lombaires, un abcès iliaque droit.

En octobre 1936, la malade est renvoyée à la Pitié : mal de Pott.

En mai 1937, arrive aux Escaldes : greffe.

En novembre 1937 : évolution locale et générale, favorable. Le pneumo est arrêté.

Obs. 18. — V... Annie.

28 ans à son entrée aux Escaldes. En 1928, tuberculose pulmonaire traitée en sanatorium pendant un an, qui se bilatéralise en 1932.

En 1934, douleurs lombaires qui la rendent impotente en 1935. La radio fait le diagnostic de Pott lombo-sacré.

En mai 1936, arrive aux Escaldes. Le poumon est stabilisé. Pott non compliqué. Bon état général.

Juillet 1936 : greffe.

Janvier 1937 : début de marche.

Novembre 1937 : les lésions restent stabilisées ; l'état général est excellent.

Obs. 19. — B... Simone.

24 ans à son entrée. Fait en 1931 une hydarthrose du genou droit.

En 1932 : simultanément douleurs du genou droit et double pleurésie séro-fibrineuse, puis hémoptysie. La malade est envoyée 9 mois au sanatorium du Loiret.

En novembre 1936. Les douleurs du genou imposent l'immobilisation plâtrée.

En décembre 1936 arrive aux Escaldes avec une tumeur blanche du genou en évolution et des lésions pulmonaires discrètes (sommet fibreux).

En avril 1937 : résection.

Août 1937 : plâtre de marche.

Novembre 1937 : l'amélioration se poursuit.

Obs. 21. — Q... Lucie.

41 ans. En janvier 1933 : tuberculose pulmonaire droite, traitée à Laennec, par phrénicectomie, puis à Hauteville. Pendant le séjour : douleurs lombaires, plusieurs mois après.

En janvier 1935, diagnostic de mal de Pott et renvoi à Paris.

En décembre 1935, greffe d'Albee, à Cochin, puis envoi en convalescence à Berck, d'où la malade est renvoyée quelques mois après. Elle arrive aux Escaldes en février 1937, en bon état local et général ; lésions pulmonaires fibreuses non évolutives.

Obs. 22. — D... Andrée.

23 ans à son arrivée aux Escaldes. Porteur de lésions tuberculeuses pulmonaires, fait en mai 1937, un spina du 4^e orteil du pied droit, opéré aussitôt.

En juillet 1937 arrive aux Escaldes, en convalescence, avec un état général médiocre.

En novembre 1937, il y a guérison locale, mais au point de vue pulmonaire la radio montre une caverne du sommet gauche et des infiltrations diffuses à droite.

Obs. 23. — G... Baptistine.

23 ans à l'arrivée aux Escaldes. Accuse en 1931, des douleurs à la marche, de la tibio-tarsienne gauche, puis un abcès malléolaire externe apparaît.

En juin 1934, la malade fait une tuberculose pulmonaire ouverte : elle est hospitalisée 14 mois à Alger où on lui crée un pneumothorax gauche et on immobilise sa tibio-tarsienne avec une botte plâtrée pendant 2 mois. Après quoi, elle reprend la marche.

Mars 1936. Hospitalisée d'urgence à Paris (Cochin) : l'intervention chirurgicale étant impossible vu l'état

pulmonaire, on remet une botte plâtrée et la malade fait un séjour de 4 mois à Brévannes.

En juillet 1937 arrive aux Escaldes avec : ancienne tumeur blanche refroidie. On entretient son pneumothorax.

En novembre 1937 : amélioration générale.

Obs. 24. — M... Marie.

En 1931, fait une pleurésie gauche, puis un érythème noueux.

En 1934, son état général décline et apparaissent des douleurs diffuses du poignet légèrement tuméfié.

En 1937, ses douleurs s'accroissent et la malade alors âgée de 30 ans arrive en août 1937 aux Escaldes, avec : un poignet douloureux chaud et empatement inférieur du cubitus sans lésion osseuse, et une tuberculose pulmonaire bilatérale forme fibreuse.

En novembre 1937 : amélioration très marquée de l'état général (prend plusieurs kilos) et de l'état local et pulmonaire.

Obs. 25. — B... X...

Chez un malade, ayant fait une tumeur blanche tibio-tarsienne en 1919, puis une hémoptysie (en 1923) sans poussée évolutive, nouvelle hémoptysie grave en 1932, avec température, expectoration bacillifère, altération état général.

Traité en sanas différents par phrénicectomie gauche, essai de pneumothorax droit.

En juillet 1935, apparition d'un abcès lombaire d'origine vertébrale (D9, 10) iliaque. Le malade est alors immobilisé et l'on assiste à une amélioration progressive de l'état général et des différentes lésions.

A l'arrivée aux Escaldes, le 9 octobre 1936, il est âgé

de 25 ans (?) et présente des signes pulmonaires en voie de cicatrisation, un abcès iliaque en voie de résorption.

Après avis médical favorable, la greffe est pratiquée le 6 novembre 1936.

Le 8 novembre : poussée évolutive pulmonaire avec toux, expectoration, température. Peu après, radio P = caverne droite, et crise d'occlusion qui nécessite le transport à Perpignan, ainsi que nouvelle localisation : épидидymite bilatérale.

Enfin, en mars 1937, nouveau transfert pour cystite aiguë.

Mort par hémoptysie foudroyante.

Obs. 28. — R... Madeleine.

A fait dans l'enfance un mal de Pott.

En 1933, tousses, crache : on suspecte une tuberculose pulmonaire et elle est envoyée pendant 6 mois dans un sanatorium.

Mars 1935 : rechute de Pott avec apparition, en décembre 1935, d'un abcès latéro-vertébral qui fistulise.

Arrive en avril 1936, âgée de 38 ans, aux Escaldes. Au poumon, la radio montre peu de choses : sommet droit en ogive, à gauche petite traînée intercléidohilaire.

Novembre 1937 : l'évolution est favorable.

Obs. 29. — B... X...

En juillet 1934 : présente des douleurs lombaires isolées.

En juin 1935 : fait une hémoptysie et l'examen des crachats montre la présence de B. K. ; on crée un pneumothorax en juillet, arrêté en septembre 1935.

En mars 1936 : on fait le diagnostic de mal de Pott

lombaire et apparaissent des abcès de la fosse iliaque gauche et de la fosse iliaque droite.

En juillet 1936 : âgée de 26 ans, arrive aux Escaldes.

Octobre 1936 : on fait une greffe. Les abcès régressent et en novembre 1937 sont résorbés. L'état général est bon ; le poumon : stabilisé.

Obs. 31. — C... Gabrielle.

Fait en juin 1936, une tuberculose pulmonaire ouverte : on l'envoie 4 mois au sanatorium de la Bucaille.

Durant son séjour apparaissent des douleurs dorsales et la radio montre un mal de Pott dorsal avec abcès paravertébral. Après un repos allongé de 1 mois, on l'envoie en novembre 1936 aux Escaldes. La malade est âgée de 13 ans.

Février 1937 : greffe.

Août 1937 : début de marche.

Novembre 1937 : évolution toujours favorable avec état général (prend plusieurs kilos) et local, satisfaisants.

Obs. 32. — C... Paulette.

Septembre 1935 : fait une tuberculose pulmonaire. On l'envoie à Bligny. Pendant son séjour elle présente des douleurs lombaires traitées par des frictions.

Trois mois après apparaît un abcès fusé dans le scarpa et après trois mois encore on la renvoie à l'hôpital d'origine.

Mai 1937 : arrive aux Escaldes. Agée de 18 ans. Elle présente une lésion pulmonaire bilatérale, discrète à droite, caverne à gauche, et un mal de Pott lombar avec abcès en voie de résorption.

Octobre 1937 : l'état pulmonaire est très amélioré ; à

droite : plus rien ; à gauche : la spéléonque moins visible.

Oct. 1937 : greffe.

Nov. 1937 : suites immédiates normales.

Obs. 34. — O... Olga.

24 ans à son entrée aux Escaldes. En 1930, a présenté des douleurs intercostales qui ont persisté des mois.

En 1934, appendicectomie suivie de congestion pulmonaire et d'hémoptysie.

En même temps, reprise des douleurs : le diagnostic de mal de Pott est posé à Tenon.

La greffe est pratiquée en août 1935.

En octobre 1935 : apparition d'un abcès, fracture de greffe.

Arrive aux Escaldes en mars 1936 : lésion pulmonaire discrète (scissurite droite), abcès pottique en voie de résorption.

Une retouche de greffe est faite en octobre 1936.

En novembre 1937, la malade marche depuis 3 mois.

Obs. 36. — L... Suzanne.

En avril 1936, fait un abcès lombaire droit et la radio montre un mal de Pott dorsal inférieur.

En août 1936, âgée de 24 ans, arrive aux Escaldes avec son Pott et abcès lombaire fermé et une infiltration du sommet pulmonaire droit.

En décembre 1936 : intervention.

Juin 1937 : début de marche.

Octobre 1937 : état général local et pulmonaire satisfaisants ; la malade quitte les Escaldes.

Obs. 38. — R...

29 ans à l'entrée. En 1935, mal de Pott survenant chez une ancienne ganglionnaire. Le diagnostic est fait

2 ans après les premières douleurs, et un abcès fusé dans le scappa, incisé par erreur !

La malade est greffée en janvier 1936, et envoyée aux Escaldes en juin 1936.

En septembre 1937, après des alternatives de rétention avec température oscillante et de suppuration, la malade a fait une évolution pulmonaire grave. Son état général s'est rapidement altéré et a nécessité le renvoi.

Obs. 39. — B... Paul.

En décembre 1935, fait des hémoptysies.

En avril 1936, arrive aux Escaldes avec au poumon : une infiltration du sommet gauche, une petite caverne ancienne sous-claviculaire gauche et une respiration rude, soufflante à droite, des adénites cervicales multiples fistulisées et grosse albuminurie : 7 grammes.

En octobre 1936 : amélioration pulmonaire, des adénites qui sont en voie de guérison et de l'albuminurie tombée de 7 gr. à 0 gr. 50.

Mai 1937 : appendicectomie.

Juillet 1937 : état général et local satisfaisants. Le malade part pour Vallauris en convalescence.

Obs. 40. — M... Suzanne.

Mai 1937 : présente des lésions bilatérales diffuses, pulmonaires, graves et un abcès pré-malléolaire externe à gauche, qui fistulise. La malade est envoyée à Briançon où apparaissent plusieurs petites localisations osseuses.

Octobre 1937 : la malade, âgée de 12 ans, arrive aux Escaldes avec un mauvais état général, une ostéite du calcanéum gauche fistulisée, trois autres petites localisations et une ostéite mallaire gauche fistulisée récemment apparue.

Novembre 1937 : évolution grave, avec albuminurie massive.

Obs. 41. — H... Andrée.

Mai 1936 : fait une tuberculose pulmonaire avec, à la radio, des petites tâches bilatérales.

Août 1936 : apparition de douleurs lombaires qui deviennent très vives et font hospitaliser la malade à Angers, en janvier 1937.

Septembre 1937 : la malade, âgée de 22 ans, arrive aux Escaldes, en pleine bacillémie avec un mauvais état général, une température oscillante et 14 localisations de tuberculose externe fistulisées, dont 2 importantes. Mal de Pott dorso-lombaire, ostéo-arthrite tibio-tarsienne.

Novembre 1937 : on note une amélioration d'ensemble. L'état général est meilleur, la malade a pris 3 kilogs.

Obs. 43. — B... Aimée.

Débute en mai 1935 par des douleurs de la hanche avec boiterie, puis en mai 1937, fait une tuberculose droite pour laquelle on crée un pneumothorax à l'hôpital d'Angers où l'on diagnostique également une coxalgie droite.

En octobre 1937, arrive aux Escaldes. Elle est âgée de 16 ans.

La malade est en traitement.

Obs. 44. — De C... Alice.

En 1933, fait une tuberculose pulmonaire : on crée un pneumothorax droit.

En 1934, accuse des douleurs de la région lombaire et après 3 ans,

En avril 1937, apparaît un abcès dans le triangle de Scarpa, et on diagnostique un mal de Pott lombaire.

En août 1937, la malade, âgée de 24 ans, arrive aux Escaldes. Evolution : l'abcès est en voie de résorption ; l'état général est bon ; le pneumothorax est entretenu.

Novembre 1937 : on envisage la greffe.

Obs. 45. — D... Renée.

Chez une ancienne pulmonaire stabilisée apparaît, en 1929, une ostéite trochantérienne opérée qui fistulise. On l'envoie à Berck d'où elle repart, après 5 mois, à cause de son état pulmonaire.

Octobre 1930 : arrive en sana pulmonaire où elle reste pendant 4 ans, venant à Paris pour subir des interventions osseuses.

Octobre 1934 : proposée pour Berck où elle ne peut toujours pas aller à cause de son poumon.

Juillet 1935 : arrive aux Escaldes (49 ans) avec une coxalgie.

Juin 1936 : arthrodèse de la hanche.

Novembre 1937 : évolution favorable pulmonaire et osseuse.

Obs. 46. — A... Madeleine.

Depuis 1932, présente des douleurs lombaires.

En 1936, apparaissent une tuberculose pulmonaire pour laquelle on crée un pneumothorax à l'hôpital d'Angers, un abcès froid de la cuisse gauche et la radio fait faire le diagnostic de mal de Pott lombaire.

En janvier 1937 : la malade, âgée de 22 ans, arrive aux Escaldes avec mal de Pott lombaire et abcès de la fosse iliaque gauche fusant sous l'arcade crurale. L'abcès régresse, l'état général s'améliore, le pneumothorax est entretenu.

Août 1937 : intervention.

Novembre 1937 : état général et local satisfaisants.
On envisage la marche prochaine.

Obs. 47. — T...

En 1931, fait une hémoptysie, puis un pneumo et un hydro-pneumothorax.

En août 1935, apparaît un abcès de la fosse iliaque gauche et la radio montre un mal de Pott lombaire.

En mars 1936, le malade arrive aux Escaldes.

En octobre 1936 : intervention.

En mai 1937 : début de marche.

En juillet 1937 : bon état général et local, aucune évolution pulmonaire durant son séjour ; le malade quitte Les Escaldes.

Obs. 48. — D... X...

29 ans à son entrée aux Escaldes. A fait, à 21 ans, une tuberculose pulmonaire, traitée quelques mois en sana.

En 1934, apparaissent des douleurs dorsales. La malade est soignée — pour un mal de Pott — par un plâtre de marche.

En décembre 1935, elle arrive aux Escaldes : paraplégique (Pott D 11 à L 2), avec des lésions pulmonaires fibreuses.

En novembre 1937, la lésion pulmonaire reste peu évolutive. La paraplégie persiste, incomplète. (La malade a refusé la greffe.)

Obs. 49. — C... Emma.

En 1934, présente des douleurs du genou droit.

En 1936, reprise des douleurs. On fait le diagnostic et on plâtre le genou en août 1936.

En septembre 1936 : la malade, âgée de 33 ans, arrive aux Escaldes pour tumeur blanche du genou et petites infiltrations pulmonaires bilatérales.

En février 1937 : résection du genou.

En juin 1937 : marche. Aucune poussée pulmonaire.

En novembre 1937 : l'évolution favorable se poursuit.

Obs. 51. — C... Elisabeth.

21 ans à son entrée aux Escaldes. En 1935, fait une tuberculose pulmonaire traitée par pneumothorax, et 5 mois de montagne. Presque simultanément : abcès sternal et lombaire gauche.

Arrive en janvier 1937, aux Escaldes, avec une ulcération sternale datant d'un an, un mal de Pott L 4, 5, l'abcès étant en voie de résorption, un bon état général, peu de signes pulmonaires.

En novembre 1937 a fait, depuis son arrivée, une fusée de l'abcès pottique de la fesse. Fistulisation malgré les ponctions. mais fistule aseptique, rapidement cicatrisée. Au point de vue pulmonaire : aucun incident.

Obs. 52. — C... Andrée.

1931 : début presque simultané de lésion pulmonaire et d'un mal de Pott avec abcès.

Après 18 mois de traitement, reprend la marche.

1935 : poussée pulmonaire (caverne gauche) : placement à l'Albarine. Durant son séjour, reprise des douleurs lombaires. Après 2 mois de décubitus sans contrôle radiographique, reprend la marche malgré des poussées alternatives de douleurs.

Janvier 1937 : la malade est renvoyée à Cochin pour traitement de son mal de Pott, mais étant données les lésions pulmonaires évolutives, la malade est envoyée le 9 juin 1937, aux Escaldes. Elle est âgée de 29 ans.

Elle présente un mal de Pott (D 9 à L 1); au point de vue pulmonaire : caverne sommet gauche et infiltration du sommet droit ; on fait un pneumothorax contro-latéral droit.

Novembre 1937 : légère amélioration ; l'état pulmonaire prime encore l'état osseux.

Obs. 53. — A... Augustiné.

En 1931, présente une tuberculose pulmonaire droite et un abcès intercostal que l'on opère et fistulise 4 mois après.

Août 1935 : la malade est envoyée à Berck d'où on la fait repartir pour contre-indication climatique. Hospitalisée à Montargis où la persistance de la suppuration nécessite un nouveau placement.

Mars 1936 : arrive aux Escaldes, âgée de 27 ans ; elle présente de plus 1 fistule du flanc droit : le diagnostic de mal de Pott est posé.

Avril 1937 : greffe d'Albee.

Juillet 1937 : petite poussée congestive pulmonaire.

Novembre 1937 : persistance d'une fistulette costale, température : 38°.

Obs. 54. — Q... Renée.

Agée de 27 ans. Mars 1937 : diagnostic de tuberculose pulmonaire et d'abcès trochantérien. L'hôpital conseille le départ aux Escaldes, mais la malade est prise en charge par le dispensaire qui l'envoie à la Thuyolle. Après ponction, la malade est renvoyée à l'hôpital d'origine où une radio montre une lésion sacro-iliaque droite.

Octobre 1937 : arrive aux Escaldes avec bon état général. Abcès trochantérien en voie de résorption. Nouvelles localisations : spina de la main droite. Une lésion pulmonaire bilatérale avec prédominance au sommet droit.

Obs. 55. — D... Amélie.

En 1931, présente une arthrite suspecte de tuberculose (traitée par sulfarséno-benzol aux Enfants Malades).

En 1936, apparition d'un abcès froid tuberculeux du genou que l'on ponctionne à Serran, mais où on laisse marcher la malade, et d'une tuberculose pulmonaire pour laquelle on crée un pneumothorax.

Après un court séjour à l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, la malade arrive :

En août 1936 aux Escaldes. Sa tumeur blanche du genou est en pleine évolution.

Juin 1937 : amélioration de l'état du genou, résorption de l'abcès, mais la malade fait une poussée évolutive pulmonaire.

Novembre 1937 : l'état pulmonaire prime encore l'état osseux.

Obs. 57. — M... Guillaume.

Malade suspect de tuberculose pulmonaire, présente :

En mars 1935, des douleurs de la hanche droite avec claudication.

En août 1935, apparaît un abcès et on immobilise le malade qui recommence à marcher en février 1936.

Juin 1937 : les douleurs réapparaissent.

Octobre 1937 : le malade, âgé de 26 ans, arrive aux Escaldes avec une coxalgie évoluant vers l'ankylose ; aux poumons : quelques marbrures bilatérales.

Obs. 58. — J... Maurice.

Présente, en 1930, des douleurs de la hanche : on l'immobilise dans une plâtre pendant 1 an, puis il reprend la marche.

Janvier 1936 : le malade tousse, crache.

Mars 1936 : reprise des douleurs de la hanche.

En août 1936, le malade, âgé de 20 ans, arrive aux Escaldes avec une coxalgie gauche ancienne ; aux poumons : quelques taches non homogènes à gauche ; une petite tache sous-claviculaire droite opaque.

Janvier 1937 : arthrodèse.

Mai 1937 : début de marche.

En août 1937, le malade quitte les Escaldes avec un bon état général et local.

Obs. 62. — F... Marie-Louise.

De 1929 à 1936, fait plusieurs hémoptysies avec reprises alternatives de travail.

En juin 1937, la malade, âgée de 25 ans, arrive aux Escaldes pour une tumeur blanche du genou droit, quelques signes pleuraux diffus à la base gauche.

En novembre 1937 : évolution normale du genou, sans abcès. Quelques crachements sanglants en même temps que quelques signes péritonéaux.

Obs. 63. — C... Yvonne.

16 ans. Fait, au début de 1937, un abcès lombaire droit qui fistulise en mai 1937, et la radio montre un mal de Pott dorso-lombaire.

Arrive en juillet 1937, à Berck. Après une radiographie pulmonaire, la malade est renvoyée et arrive en octobre 1937, aux Escaldes, avec un mal de Pott avec 3 fistules lombaires. Une tuberculose pulmonaire ouverte bilatérale évolutive.

Obs. 64. — D... Hélène.

29 ans en 1931. Présente en 1927 une tuberculose pulmonaire.

En 1928, fait un premier séjour aux Escaldes où on crée un pneumothorax droit.

En 1931, revient aux Escaldes où, en 1932, on pratique une thoracoplastie.

Depuis 1935, accuse des douleurs lombaires.

Août 1936 : apparition d'un abcès latéro-vertébral gauche.

En avril 1937, la radio fait faire le diagnostic de mal de Pott dorsal inférieur.

Novembre 1937 : évolution calme : résorption de l'abcès. Etat pulmonaire stabilisé.

Obs. 65. — Z... Louise.

Fait, en octobre 1933, une hémoptysie.

Mars 1936, présente des douleurs lombaires.

En novembre 1936, apparaît un abcès iliaque gauche et la radio montre un mal de Pott lombaire.

En août 1937, la malade, âgée de 39 ans, arrive aux Escaldes avec un Pott en évolution, un état pulmonaire stabilisé.

En novembre 1937 : grosse amélioration de l'état local, résorption de l'abcès. L'état pulmonaire restant stabilisé.

Obs. 66. — D... Madeleine.

Avril 1932, fait une tuberculose pulmonaire : le pneumothorax étant impossible, on pratique une phrénicectomie droite et fait un séjour de 1 an dans un sanatorium. Durant son séjour, en janvier 1933, début de douleurs lombaires.

Juillet 1933 : apparaît un abcès.

Mars 1935 : la malade, âgée de 29 ans, arrive aux Escaldes pour mal de Pott lombaire, tuberculose pulmonaire ouverte active, mais non évolutive.

Décembre 1935 : greffe.

Juin 1936 : début de marche.

Aux poumons : caverne du sommet droit et scissurite du même côté. L'examen des crachats montre toujours la présence de B. K. Aucun incident à signaler.

En novembre 1937 : l'état osseux est satisfaisant. La caverne est moins visible.

Obs. 69. — C... Thérèse.

Ayant fait une pleurésie, dans ses antécédents, présente une ostéo-arthrite tibio-tarsienne en novembre 1935.

Juin 1936 : astragalectomie.

Septembre 1936, arrive aux Escaldes ; elle est âgée de 28 ans.

Elle présente : un bon état local (botte plâtrée pour corriger l'équinisme du pied) ; des signes pulmonaires : on crée un pneumothorax gauche.

Novembre 1937 : évolution favorable, le pneumothorax est entretenu, l'état général et local satisfaisants.

Obs. 70. — F... Madeleine.

En 1929, fait une tuberculose pulmonaire : on crée un pneumothorax.

Août 1934 : douleurs abdominales internes : on intervient pour sub-occlusion.

Mars 1937 : après une nouvelle poussée, on fait une deuxième intervention.

Août 1937 : la malade, âgée de 29 ans, arrive aux Escaldes avec une fistule stercorale, une tuberculose pulmonaire ouverte.

Novembre 1937 : amélioration. Doit être réopérée (fistule stercorale) prochainement.

Obs. 71. — H... Marie-Josèphe.

En 1932 : début d'une tuberculose pulmonaire ou-

verte, traitée 18 mois en sana par pneumothorax (de juin 1933 à décembre 1933).

Après trois ans de calme, rechute en février 1936 : elle fait un second séjour en sana et présente alors de plus des signes de péritonite tuberculeuse.

Septembre 1937 : âgée de 22 ans, arrive aux Escaldes.

Novembre 1937 : état péritonéal amélioré après héliothérapie. Etat pulmonaire stationnaire.

CONCLUSIONS

I. — Malgré un pourcentage relativement restreint, les tuberculeux mixtes sont en nombre suffisant pour qu'on se préoccupe de leur sort.

II. — Cliniquement, l'évolution des lésions est très variable. Tuberculose chirurgicale et tuberculose pulmonaire s'intriquent, elles peuvent se juxtaposer simplement ou s'aggraver réciproquement. Le plus souvent, des lésions graves d'un côté vont avec des lésions graves de l'autre. Mais les unes et les autres restent généralement curables dans la mesure où elles l'étaient avant l'association.

III. — En dehors des conditions habituelles de terrain, le pronostic est commandé par un diagnostic précoce, par l'importance des lésions et par la qualité du traitement dont la cure climatique demeure un élément important. L'indication opératoire doit tenir un compte rigoureux de l'état des lésions pulmonaires.

IV. — Malheureusement, peu de centres de montagne ou de plaine sont outillés pour le traitement com-

plexe de ces malades dont le placement se heurte en général à de très grandes difficultés.

V. — Il serait donc à souhaiter que fût comblée cette lacune dans l'armement antituberculeux par la création de quelques établissements, dont le nombre pourrait d'ailleurs être restreint mais véritablement spécialisés, tant par leur personnel que par leur outillage, pour le traitement des tuberculoses associées.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- APPERT-COLLIN (A.). — *Thèse de Paris*, 1937.
- BERNARD (Etienne) et P. KLOTZ. — *Paris Médical*, 5 janvier 1935. « Tuberculose pulmonaire de l'adulte associée à des foyers extra-pulmonaires multiples ».
- BERNARD (Etienne). — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 4 déc. 1936, n° 34, p. 1643.
- BEZANÇON (F.) et PHILIBERT. — *Paris Médical*, 9 février 1924. « L'allergie tuberculinique et le problème du terrain dans la tuberculose ».
- *Paris Médical*, 2 janvier 1926. « La signification biologique du phénomène de Koch ».
- CAMINO. — *Thèse de Paris*, 1924.
- CATTI. — *La Forze Sanitare*, 10 juillet 1933. « Tuberculose osseuse et articulaire ».
- COMBY. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 4 décembre 1936, n° 34, p. 1642.
- FREY (J.). — *Thèse de Paris*, 1927.
- GODARD (J.) et SOUTILLE (R.). — *Presse Médicale* (13 novembre 1937, n° 91, p. 1605). « Fréquence et pronostic de la tuberculose pulmonaire chez les assurés sociaux bénéficiant de l'assurance-invalidité ».
- JACQUEMAIN (A.). — *Bulletin Médical* n° 45, du 18 septembre 1920. « Considérations cliniques sur les tuberculoses mixtes ».

- *Bulletin Médical* n° 18, du 3 mai 1929, p. 495.
« Complications soustractives de la tuberculose pulmonaire ».

JACOB. — *Revue de la Tuberculose*, page 183. Comptendu de la Société de la Tuberculose, séance du 12 décembre 1931.

LETULLE et HALBRON (P.). — *Extrait du nouveau Traité de médecine de Roger, Vidal et Teissier*, t. XII, p. 283. « Complications osseuses et articulaires de la tuberculose pulmonaire ».

MARFAN. — *Archives générales de médecine*, mars-avril 1886, n° 1, p. 423.

- *Paris Médical*, 1^{er} janvier 1931. « La scrofule, conception ancienne, conception nouvelle ».

- *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 8 janvier 1937, n° 1, p. 33.
« A propos du procès-verbal au sujet de la communication de MM. Pierre Bourgeois et Mario Lebel sur les tuberculoses mixtes ».

PALTRINIERI (M.) (Bologne). — *La Chirurgie degli organi di Morimento*, volume 19, fasc. 4 octobre 1934 ; — in *Journal de Chirurgie*, tome 45, n° 5, mai 1935, page 765. « Tuberculose ostéo-articulaire et tuberculose pleuro-pulmonaire ».

RENAUD (M.) et PETIT-MAIRE. — *Gazette des Hôpitaux*, n° 26, 1^{er} avril 1933, p. 491. « Avec quelle fréquence la tuberculose pulmonaire s'associe-t-elle aux tuberculoses dites locales ? ».

RICHARD (A.). — *Revue Médicale Française*, n° 9, décembre 1935. « L'exérèse du foyer principal dans les tuberculoses chirurgicales multiples graves ».

- RINONAPOLI (G.). — *Archivio di Medicina e Chirurgia* (Istituti ospitalieri d S. Corona in Pietraligure Divisione Chirurgica Ortopedica diretta dal Prof. R. Zandi), (13 août 1935, anno IV, n° 4, p. 497). « Lesioni tubercolari osteo-articolari e pleuro-polmonari associate ».
- RIST. — *Revue de la Tuberculose* n° 3, juin 1923. « Localisations extra-pulmonaires de la tuberculose » (*Société Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 4 décembre 1936, n° 34, p. 1646).
- ROLIER (A.). — La cure de soleil (2^e édition. Baillière, éditeurs, Paris), chapitre XI. « Tuberculose pulmonaire et chirurgicale associées ».
- WINTERSTEIN. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 4 avril 1923. « Contribution à l'étude de la tuberculose de la thyroïde ».

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
Historique	13
Etude clinique	17
Définitions	17
Fréquence des tuberculoses mixtes	19
Etude clinique	24
Hôpital maritime de Berck	26
Sanatorium des Escaldes	30
Statistique Lutigneaux-Zebrowski	33
Ordre de précession des lésions	36
Retentissement réciproque des lésions	37
Thérapeutique	47
La tuberculose mixte et l'armement anti-tuberculeux	57
Observations	83
Hôpital maritime de Berck	83
Sanatorium des Escaldes	108
Conclusions	133
Bibliographie	135



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



